



**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**  
**ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO**

**Autora: Hírdina da Conceição Pinto Évora, N.º 3337**

**Mindelo, 2015**





**UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**  
**ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO**

**Autora: Hironidina da Conceição Pinto Évora N.º 3337**

**Orientadora: Doutora Tereza Andrade**

**Mindelo, 2015**

**Hirondina da Conceição Pinto Évora**  
**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

**Hirondina da Conceição pinto Évora N° 3337**

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo  
como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de licenciatura  
em psicologia clínica e de saúde.

## **RESUMO**

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas no processo de estágio curricular, no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no âmbito do 4º ano do curso de psicologia clínica e de saúde, ministrado pela Universidade do Mindelo e sob orientação da Doutora Tereza Andrade, psicóloga clínica no referido Hospital.

O estágio decorreu no período de 13 de outubro de 2014 à Junho de 2015, com os seguintes objetivos: articular teoria e prática, viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas fomentando o processo de aprendizagem e a reflexão científica, fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação, ativar a atitude e a capacidade de investigação científica, com vista ao solucionamento dos problemas enfrentados, incentivar a autonomia do estagiário na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à atuação do psicólogo.

Foram vários os casos atendidos nas diferentes enfermarias (saúde mental, maternidade e medicina) dos quais apresentamos dois casos clínicos.

Durante o processo de estágio procedeu-se ao diagnóstico, planeamento e execução de programas de atuação.

Para a consecução dos objetivos fez-se a caracterização do campo de estágio e a estruturação do estágio em três fases: adaptação, avaliação e intervenção.

Como principais resultados verificou-se que houve um aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação através do contacto com os pacientes nos diferentes sectores do hospital, aquisição de novas competências: avaliação do estado psíquico, emocional e social do paciente internado, contribuição para a melhoria da qualidade de vida com as nossas condutas psicológicas, atendimento a pacientes de consulta externa, investigação e intervenção na comunidade. Dos casos clínicos apresentados chegamos as seguintes hipóteses diagnósticas: caso 1 depressão infantil e caso 2 dependência do álcool.

### **Palavras-chave**

Estágio curricular, Psicologia Clínica, Saúde, Hospital

## **ABSTRACT**

This report aims to describe the activities carried out curricular internship process, the Hospital Dr. Baptista de Sousa, in the 4th year of clinical psychology and health, taught by University of Mindelo and under the guidance of Dr. Tereza Andrade, Clinical psychologist in said Hospital.

The stage took place in the period from 13 October 2014 to June 2015, with the following objectives: linking theory and practice, facilitate the review of psychological theories fostering the process of learning and scientific thinking, strengthen critical, reflective and ethics by the context and the issues presented in each situation, activating the attitude and scientific research capacity, with a view to solving of the problems faced, encouraging the autonomy of the trainee in finding, ordering and production of knowledge and practices necessary to the psychologist .

There were several cases seen in different wards (mental health, maternity and medicine) of which present two clinical cases.

During the internship process was carried out the diagnosis, planning and implementation of action programs.

To achieve the objectives was made to characterize the training field and the stage of structuring in three phases: adaptation, evaluation and intervention.

The main results it was found that there was a deepening of the knowledge acquired during the training through contact with patients in different hospital's sectors, acquiring new skills: assessment of mental state, emotional and social inpatient, contribution to improving quality of life with our psychological behaviors, the outpatient care of patients, research and intervention in the community. The presented clinical cases we got the following diagnostic hypotheses: Case 1 childhood depression and Case 2 alcohol dependence.

**Keywords**

Internship, Clinical Psychology, Health, Hospital

## **DEDICATÓRIA**

Com muito carinho dedico este trabalho a minha mãezinha, Vitória Lima Pinto, aos meus dois estimados filhos: Edson Pinto Évora de Barros e Marco Paulo Pinto Évora Soares e ainda aos meus irmãos: Glória, Mili, Zeli, Valente e Lourencinho.

## **AGRADECIMENTOS**

Realizar um estágio curricular numa instituição hospitalar só é possível com a aceitação e colaboração da direção e da equipa médica/técnica da referida instituição. É por esta razão que devo agradecer primeiramente a minha orientadora Doutora Tereza pelo contacto estabelecido com a direção e com os demais técnicos em benefícios dos estagiários e ainda pela sua prestigiada e valiosa orientação e supervisão das atividades desenvolvidas no decurso do estágio.

À direção do hospital e a equipa técnica e restantes funcionários pela colaboração.

Agradeço igualmente aos pacientes internados nas diferentes enfermarias e aos pacientes que constituíram sujeitos de estudo neste trabalho.

A todos os professores que contribuíram com os seus ensinamentos para que hoje pudesse estar a este nível, meus agradecimentos.

Agradeço ao meu pequeno Marco Paulo (Maky) pela colaboração e sacrifício durante o percurso deste estudo, com as minhas ausências.

Ao meu filho Edson Pinto (Edy) pelo apoio moral prestado mesmo estando ausente na sua missão de estudante.

Às colegas de estágio Natasha, Nedília e Jenny pela convivência e pelas partilhas e trocas de experiências verificadas.

Agradeço acima de tudo a Deus pelas dádivas preciosas: a vida e a saúde, dois bens, que sem os quais não se consegue nada.

Muito obrigada a todos.



## **EPÍGRAFE**

*“ A vida feliz consiste na tranquilidade da mente”*

*Cícero*

## Conteúdo

INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO I. O ESTÁGIO E O CONTEXTO DA SUA REALIZAÇÃO.....	14
1.1.Objetivo do estágio .....	14
1.2.Breve historial e caracterização do campo de estágio .....	14
1.3.Atribuições do HBS .....	15
1.4. Princípios gerais .....	16
1.4.1. Natureza.....	16
1.4.2.Missão.....	16
1.4.3.Normas aplicáveis .....	16
1.5. Caracterização dos serviços de estágio .....	16
1.5.1. Caracterização do Serviço de Saúde Mental.....	17
1.5.2. Caracterização do Serviço de maternidade .....	17
1.5.3.Caracterização do Serviço de medicina.....	19
CAPÍTULO II. ATIVIDADES REALIZADAS .....	21
2.1. Fases do processo de estágio .....	21
2.1.1. Fase de adaptação .....	21
2.1.2. Fase de avaliação.....	21
2.1.3. Fase de avaliação individual .....	22
2.2. Intervenção no Serviço de Saúde Mental .....	22
2.3. Intervenção no Serviço de maternidade .....	23
2.4. Intervenção no Serviço de medicina .....	24
2.5. Outras atividades desenvolvidas no âmbito do estágio .....	24
2.5.1. Intervenção comunitária .....	24
2.5.2. Pesquisa intitulada “o jovem universitário e o beber problemático” .....	25
2.5.3. Apresentação dos resultados parciais da pesquisa .....	25
2.6. Acompanhamento e supervisão .....	25
CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO DOS CASOS .....	26
3.1. Justificativa das escolhas dos casos clínicos .....	26
3.2. Caso 1. ....	26
3.2.1. Enquadramento teórico .....	26
3.2.1.1. Depressão .....	26
3.2.1.2. Depressão infantil.....	27
3.2.1.3. Depressão da criança dos 5 aos 13 anos .....	28
3.2.1.4. Depressão infantil e o ambiente familiar .....	28
3.2.1.5. Aprendizagem/insucesso escolar.....	28
3.2.2. Identificação do caso .....	29
3.2.3 Motivo da consulta .....	29
3.2.4. Entrevista de pais.....	29
3.2.5. Antecedentes pessoais e familiares .....	30
3.2.6. Entrevista com a criança .....	31
3.2.7. Entrevista com o pai .....	36
3.2.8. Instrumentos de apoio ao diagnóstico .....	38
3.2.9. Resultados e análise das Provas .....	39
3.2.10. Compreensão do caso .....	42
3.2.11. Hipótese diagnóstica.....	43

3.2.12. Proposta de intervenção .....	43
3.3. Caso 2.....	44
3.3.1. Enquadramento teórico .....	44
3.3.1.1. Síndrome da dependência do álcool .....	45
3.3.1.2. Substâncias psicoativas .....	45
3.3.1.3. Abuso de Drogas .....	45
3.3.1.4. Dependência .....	45
3.3.1.5. Efeitos sobre o corpo .....	46
3.3.1.6. Efeitos sobre os processos mentais.....	47
3.3.1.7. Teorias psicológicas.....	47
3.3.1.8. Teorias socioculturais .....	48
3.3.1.9. Teorias biológicas.....	48
3.3.1.10. Fatores genéticos .....	48
3.3.2. Dados de Identificação.....	49
3.3.3- Motivo da consulta.....	49
3.3.4. Dados do caso.....	49
3.3.5. Antecedentes patológicos pessoais .....	50
3.3.6. Entrevista com HJ.....	50
3.3.6. Técnicas utilizadas no caso .....	55
3.3.7. Resultados e Análise das provas .....	55
3.3.9. Compreensão do caso .....	56
3.3.10. Hipótese Diagnóstica .....	56
3.3.11. Propostas de Intervenção .....	56
Reflexão pessoal .....	57
CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICES .....	61
Apêndice 1- Programa do serviço de saúde mental.....	61
Apêndice 2- Programa de serviço de maternidade .....	62
Apêndice 3- Programa do serviço de medicina .....	65
Apêndice 4- Uma das atividades realizadas .....	68
Apêndice 5- Seminários temáticos.....	69
Apêndice 6- Casuística do serviço de saúde mental .....	69
Apêndice 7- Casuística do serviço de maternidade .....	70
Apêndice 8- Casuística do serviço de medicina .....	72
Apêndice 9- Genograma familiar.....	74
ANEXOS.....	75
Anexo 1- O primeiro Desenho.....	76
Anexo 2- Desenho da família real .....	78
Anexo 3- Desenho da família ideal.....	80
Anexo 4- Squiggle gráfico.....	82
Anexo 5- Desenho livre.....	84
Anexo 6- Desenho livre.....	86
Anexo 7- Desenho livre.....	88
Anexo 8- Desenho livre.....	91
Anexo 9- Desenho livre.....	93
Anexo 10- Uma produção escrita de TR.....	94

Anexo 11- Desenho livre.....	96
Anexo 12- Desenho livre.....	98
Anexo 13- Respostas ao CAT-A .....	100
Anexo 14 (do caso 2) .....	102
Anexo 15-Resultados parciais da pesquisa intitulada “o joven universitario e o beber problemático” .....	108

## INTRODUÇÃO

Este relatório surge no contexto do processo de estágio curricular no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no âmbito do curso de psicologia clínica e de saúde, ministrado pela Universidade do Mindelo, sob orientação da Doutora Teresa Andrade, psicóloga no referido Hospital e tem como objetivo descrever as atividades realizadas nesse contexto e ainda as intervenções realizadas a nível comunitária, o processo de supervisão verificado, o levantamento das principais patologias observadas nas diferentes enfermarias que constituíram espaços de atividades psicológicas, os aspetos metodológicos relacionados com as atividades, sobretudo os objetivos que nos propusemos alcançar com todo o processo de estágio, no período de 13 de outubro de 2014 à Junho de 2015. O processo de estágio norteou-se pelos seguintes objetivos: Articular teoria e prática, viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas fomentando o processo de aprendizagem e a reflexão científica, fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação, ativar a atitude e a capacidade de investigação científica, com vista ao solucionamento dos problemas enfrentados, incentivar a autonomia do estagiário na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à atuação do psicólogo, diagnosticar, planejar e executar programas e/ou planos de intervenção.

No capítulo I fizemos uma breve descrição e histórico da instituição de estágio, estrutura organizacional e serviços. No capítulo II, fizemos a descrição das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, no âmbito do processo de estágio mais concretamente, nos setores do serviço de saúde mental, maternidade, medicina, e outras atividades fora do contexto hospitalar. Essas atividades tiveram como propósito proporcionar ao académico de psicologia a vivência do trabalho dentro de uma organização pública, e fora dela, bem como a familiarização com o trabalho do psicólogo e a oportunidade de pôr em prática as aquisições cognitivas no decorrer do curso de psicologia.

Dos casos clínicos atendidos selecionamos dois, e são apresentados capítulo III.

## **CAPITULO I. O ESTÁGIO E O CONTEXTO DA SUA REALIZAÇÃO**

### **1.1.Objetivo do estágio**

O estágio teve como objetivos norteadores articular teoria e prática, viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas fomentando o processo de aprendizagem e a reflexão científica, fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação, ativar a atitude e a capacidade de investigação científica, com vista ao solucionamento dos problemas enfrentados, incentivar a autonomia do estagiário na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à atuação do psicólogo.

### **1.2.Breve historial e caracterização do campo de estágio**

A inauguração teve lugar a 14 de Setembro de 1901.

A maternidade do Hospital de S. Vicente foi inaugurada a 5 de Novembro de 1933, para no ano de 1939 ser instalado os serviços de RX.

Em 1944 inaugurou-se uma enfermaria destinada exclusivamente a doentes do foro cirúrgico.

A 28 de Maio de 1951 foi inaugurado o Dispensário de Puericultura em edifício anexo ao Hospital, para consultas de crianças até os 2 anos e consultas a grávida e puérperas.

Em 1952 começou a funcionar um Gabinete de Fisioterapia.

A 7 de Julho de 1956 foi inaugurado o Centro de Hemoterapia e Reanimação sob a orientação de 2 Professores da Universidade de Toulouse, tendo sido criado, simultaneamente, laboratório de Análises Clínicas.

Em 1955 foi criado o lugar de Enfermeira Parteira.

A 7 de Agosto de 1960 inaugurou-se a Escola de Enfermagem do Hospital de São Vicente.

Em 1967 foi montado um Gabinete de Eletrocardiografia.

No ano de 1978 por motivo de reparação no Hospital de S. Vicente, transferiu-se temporariamente os serviços para o edifício da Ex Telégrafo, atual Telecom, junto à Praça Nova, onde viria a ser atribuído à instituição o nome do Dr. Baptista de Sousa.

O Atual Hospital Dr. Baptista de Sousa, é uma inclusão de Três Blocos Distintos: Hospital Velho, Baptista de Sousa – Bloco Central, Pediatria.

O Hospital Dr. Baptista De Sousa situa-se na ilha de São vicente – Cidade do Mindelo e é um dos dois hospitais centrais de Cabo Verde, beneficiando as Ilhas do Grupo de Barlavento pela localização geográfica, com maior ênfase nas ilhas de S. Antão, Sal e S. Nicolau. O Hospital estrutura-se em três serviços principais:

No rés chão o Bloco Principal abrange os serviços de urgências, a secretaria, a secção de estatística e outros serviços auxiliares;

No primeiro andar, a enfermaria de medicina e o sector de cuidados intensivos;

No segundo andar encontra-se a enfermaria de maternidade e no terceiro andar a enfermaria de cirurgia.

Os quartos particulares, a farmácia, o laboratório de análises, serviço de esterilização, serviço de fisioterapia, enfermaria de pediatria, e o banco de sangue localizam-se no Bloco Novo. No primeiro andar localizam-se um bloco operatório e a enfermaria de traumatologia.

Existe uma biblioteca localizada no Hospital velho. Também fazem parte deste hospital, a central de consulta e alguns consultórios, uma cantina pública, a escola de enfermagem, o serviço de curativos, a otorrinologia, a citologia e o serviço de saúde mental.

### **1.3.Atribuições do HBS**

São atribuições do HBS:

Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consultas externa e de internamento;

Prestar apoios técnicos aos demais serviços e unidade de saúde;

Participar nas ações de medicina preventiva e de educação para saúde;

Organizar formação contínua dos seus profissionais de saúde;

Colaborar no ensino e na investigação científica em deferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internamento e de cursos e estágios para profissionais de saúde;

Servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros de paramédicos.

## **1.4. Princípios gerais**

Os princípios gerais referem-se a natureza, missão e normas aplicáveis.

### **1.4.1. Natureza**

O Hospital Dr. Baptista de Sousa, adiante designado HBS, é um estabelecimento público de regime especial, dotado de órgãos, serviços e património próprio, e de autonomia administrativa e financeira.

### **1.4.2. Missão**

O HBS, tem por missão atender e tratar, em tempo útil, com eficácia, eficiência, efetividade, equidade e qualidade, a custos socialmente comportáveis, todos os doentes necessitados de diagnóstico, tratamento e reabilitação;

O HBS tem ainda por missão, a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, do ensino e da investigação, nos termos que vierem a ser convencionados.

### **1.4.3. Normas aplicáveis**

O HBS rege-se pelas normas constantes do Decreto-Lei nº83/2005, de 19 de Dezembro, pelos respetivos estatutos e regulamentos internos, e supletivamente, pelo regime aplicável às pessoas coletivas públicas, em geral, e aos institutos públicos comuns, em especial, em tudo o que não contrariar a natureza daqueles;

São designadamente, aplicáveis ao HBS, quaisquer que sejam as particularidades do seu estatuto e do seu regime de gestão.

## **1.5. Caracterização dos serviços de estágio**



O estágio decorreu nas enfermarias de saúde mental, maternidade e medicina pelo que passamos a fazer uma breve descrição das enfermarias.

### **1.5.1. Caracterização do Serviço de Saúde Mental**

O serviço de Saúde Mental estrutura-se em duas divisórias, sendo uma onde realizam-se as consultas externas, constituída por uma sala de espera, dois gabinetes para as consultas de Psicologia, dois gabinetes para as consultas de Psiquiatria, uma sala que funciona como secretaria do serviço e uma casa de banho.

A segunda divisória é constituída por dois dormitórios, sendo um para pacientes do sexo masculino outro para pacientes do sexo feminino, um pequeno quintal, três casas de banho, um refeitório e uma sala de reunião, onde decorrem as entrevistas com os pacientes, as reuniões clínicas, as atividades terapêuticas, seminários com estagiários e outras.

A enfermaria de saúde mental, dispõe de uma equipa formada por três psicólogas clínicas, três psiquiatras sendo um deles integrado recentemente na equipa, cinco enfermeiros e quatro ajudantes dos serviços gerais.

O serviço atende casos que carecem de intervenção na crise, internamento de pacientes, com a finalidade leva-los a se organizarem e se readaptarem socialmente.

### **1.5.2. Caracterização do Serviço de maternidade**

A enfermaria de maternidade divide-se em dois blocos, um mais amplo que é a sala de Pré e Pós-parto (casos de genecologia, puérperas e gravidez de risco) e o outro que é a sala de Parto (envolve toda a atividade nomeadamente relacionado com a chegada do momento de dar a luz).

Bloco “Pré e pós-parto”:

Este serviço tem quatro (4) enfermarias sendo duas puerpério: uma de gravidez de alto risco (obstetrícia) e outra para o puerpério e uma de genecologia (Tratam de doenças da cavidade pélvica).

Tem um isolamento com capacidade para duas camas para pacientes com infeções graves e contagiosas (tais como, mastite, infeção de ferida operatório, ou alguma patologia grave que deve ser isolada. Possui uma enfermaria com capacidade para duas camas destinada a

pacientes de alto risco, para pacientes de cuidados especiais, como pré-Eclâmpsia grave ou Eclâmpsia.

Enfermaria de Neonatologia, onde se encontram recém-nascidos que requerem cuidados especiais:

Bebés Prematuros, Recém-nascidos com depressão severa ou, outras patologias, tal como Gasmosquise (intestino desenvolve fora da cavidade abdominal), Recém-nascidos com fototerapia, com incompatibilidade pelo grupo sanguíneo ABO ou Fator RH.

Existe uma sala de trabalho de enfermagem; um espaço para *stock* de medicamentos; um gabinete médico; um quarto médico, destinado ao médico de serviço, que se encontra de escala durante 24 horas, uma copa (sala de refeições dos pacientes com um televisão) uma casa de banho para pacientes e uma casa de banho para o pessoal de Saúde.

Bloco “Parto”: Esta enfermaria tem 9 camas, dois são de pré-parto com 3 camas cada: tem uma sala de observação com uma cama; uma cama de observação que fica no corredor logo a entrada da enfermaria; um ecógrafo (faz-se ecografia aos pacientes internados), um *stock* pequeno para guardar medicamentos), cada sala de parto ou observação tem um quarto de banho, tem uma sala com uma cama para cardiografia, para observação do foco fetal e contrações uterinas (observação das contrações para detetar alguma anomalia no feto ou na mãe).

Recursos Humanos: Um diretor de Serviço; duas enfermeiras chefes; um médico; um pediatra; um neonatologista, enfermeiros.

Total de cinco médicos; 19 enfermeiros distribuídos pelas enfermarias e por turnos; 9 ajudantes de serviços gerais.

### **Dinâmica do funcionamento do serviço de maternidade**

O serviço é coordenado pelas enfermeiras chefes, uma em cada bloco. Estas coordenam todo o pessoal do serviço, cada uma tem a sua função de acordo com as exigências de cada bloco e as necessidades do pessoal internado.

No início do dia no bloco mais amplo (pré e pós-parto) faz-se visitas as pacientes internados por volta das nove, isto é após estas terem tomado o pequeno-almoço, estas visitas são feitas pela equipa médica, juntamente com enfermeiros, em que fazem uma

avaliação do estado de cada paciente, com o objetivo de ter informações de como tem evoluído o seu estado geral. Também com o objetivo de saber quais é que se sentem habilitados para terem alta. Por vezes toda a equipa técnica e profissional faz visitas a todas as pacientes, pondo os profissionais de turno e os mais experientes e competentes na área a par dos problemas de cada uma das pacientes. Os enfermeiros prestam cuidados as pacientes que necessitam de se medicar ou fazer curativos, e quando estão com pacientes em estado de alto risco estes necessitam de maior atenção e cuidados que são praticamente dirigido inteiramente a elas. Também psicólogos e Estagiários de psicologia aproveitam desse momento (das visitas) para seguir com esses profissionais de forma a saber ou ir de encontro as necessidades de apoio psicológico que alguns pacientes poderão precisar no momento ou até mesmo após as visitas. No bloco de Parto, a dinâmica está a volta da atenção dada as pacientes que se encontram com contrações uterinas se preparando para o momento do parto, estas são observadas e faz-se a medição da dilatação intra-uterina. Neste bloco também se faz ecografias para avaliar a posição do feto ou alguma anomalia, também faz-se a avaliação cardiológica do feto. E assim os enfermeiros vão se preparando para o momento de trazer uma criança ao mundo. Os psicólogos caso necessário, dão algum apoio psicológico às mães que se encontram com alguma ansiedade pré -parto.

Na enfermaria da neonatologia o pediatra avalia os bebés que se encontram em cuidados especiais, nomeadamente a sua evolução dando recomendações e as enfermeiras cuidam da medicação caso necessário e juntamente com as mães da alimentação dos bebés entre outros.

### **1.5.3.Caracterização do Serviço de medicina**

O serviço de Medicina é um serviço constituído por um gabinete médico onde acontecem as reuniões entre a equipa médica para falarem dos seus pacientes e da evolução das suas doenças ou da evolução dos seus tratamentos. Tem um gabinete de enfermagem e no mesmo espaço encontra-se o serviço administrativo. Tem um refeitório onde existe um espaço para o pessoal do serviço fazer o seu lanche e outro para os pacientes fazerem as suas refeições e um outro espaço destinado as copeiras. Quanto as enfermarias, existem cinco quartos sendo que quatro possuem oito camas e uma outra com seis. A enfermaria

tem a capacidade de suportar trinta e oito camas. Ainda em relação as enfermarias, dois quartos são para os pacientes do sexo masculino, dois são para os do sexo feminino e o outro quarto é dividido em seis compartições com capacidade de uma cama destinada a patologias diversas e também, este quarto fica mais próximo da sala de tratamento de forma a facilitar a deslocação dos pacientes uma vez que a maioria dos pacientes deste serviço é acamada. Também há um gabinete de enfermagem, uma sala de procedimentos e de tratamentos, a sala de preparação de medicamentos, o espaço de troca de vestuário dos técnicos de enfermagem, duas casas de banho para os pacientes uma para os homens e outro para as mulheres, uma casa de banho para os técnicos, um espaço destinado ao pessoal auxiliar onde também fazem as suas mudas de roupa, uma arrecadação de resíduos hospitalares, um gabinete destinado ao medico diretor do serviço. Neste serviço os enfermeiros trabalham por turnos exceto a enfermeira chefe que trabalha o período normal juntamente com uma outra enfermeira.

Quanto ao corpo técnico, o serviço tem sete médicos que trabalham das oito de manha as quinze e a maioria faz urgência no Banco de Urgências, doze enfermeiros que fazem escala, um auxiliar de enfermagem, e cinco auxiliares entre eles os de limpeza a copeira. Nesta enfermaria as demandas mais encontrada são as de doentes de abstinência alcoólica sendo a maioria do sexo masculino, Hipertensos, doentes de Acidentes Vasculares cerebrais (AVC),diabéticos, muitas vezes descompensados, pneumónicos, casos de HIV que desenvolvem as doenças oportunistas devido a doença como pneumonias, diarreias etc., Infecções respiratórias, tuberculose que posteriormente apos o diagnostico são enviados para a tisiologia onde decorre o tratamento da tuberculose e muitos outros casos sendo estes os mais frequentes.

O serviço de Medicina, é um serviço aberto, pois serve de passagem para vários locais do Hospital. É por este serviço que passam o pessoal da lavandaria, é através deste serviço que as copeiras de todo o Hospital tem acesso a cozinha logo, é um serviço de passagem para todos, o que gera constrangimentos uma vez que não se consegue manter as portas fechadas tendo muitas vezes ocorrido casos de fuga de pacientes do Hospital.

## **CAPÍTULO II. ATIVIDADES REALIZADAS**

### **2.1. Fases do processo de estágio**

O estágio foi estruturado em três fases: Fase de adaptação, fase de avaliação, fase de avaliação individual.

#### **2.1.1. Fase de adaptação**

A primeira fase teve uma duração de um pouco mais de um mês tendo iniciada a 13 de outubro de 2014, marcada por um encontro entre as estagiárias e a orientadora de estágio, Doutora Tereza Andrade, onde abordou aspetos importantes sobre o processo do estágio explicando as estagiárias em que consistia cada fase do estágio. Uma outra temática abordada foi o funcionamento dos diferentes serviços do Hospital.

Nesta fase fizemos vários seminários temáticos orientados e supervisionados. Também participamos de atividades terapêuticas, reunião de família, reunião comunitária com os pacientes internados.

Durante a fase de adaptação tivemos contacto com os diferentes sectores, com a equipa técnica e com os pacientes internados no serviço de saúde mental. Primeiramente, nós as quatro estagiárias estivemos todas na enfermaria de saúde mental, de seguida procedeu-se com a divisão do grupo em dois microgrupos e distribuídos pelas enfermarias de pediatria e maternidade. Por forma a gerir melhor as nossas atividades nos diferentes serviços. Nos dias da semana em que o microgrupo destacado para a enfermaria de pediatria encontra-se na referida enfermaria o outro microgrupo de que fazia parte, ficava na enfermaria de saúde mental. Quando este encontra-se na enfermaria de maternidade dava-se o inverso. Quinta-feira era um dia reservado para seminários discussão de casos orientação de atividades diversas por parte da orientadora. O mesmo procedimento se verificou em relação as outras enfermarias que foram setores de estágio.

#### **2.1.2. Fase de avaliação**

Nesta fase começamos por assistir as primeiras consultas, realizamos entrevistas aos pacientes internados;

Executamos uma série de atividades conjuntas: reunião comunitária, terapia ocupacional, reunião de família, discussão de casos clínicos, exame psíquico aos pacientes internados, juntamente com a equipa médica.

### **2.1.3. Fase de avaliação individual**

Nesta fase procedemos a avaliação psicológica de pacientes internados, assistimos consultas e realizamos as primeiras consultas externas. Os casos eram entregues as estagiárias pela orientadora a medida que surgiam. Os dois casos clínicos que apresento no capítulo III foram atendidos no serviço de saúde mental mediante marcação de consultas com a psicóloga orientadora de estágio.

## **2.2. Intervenção no Serviço de Saúde Mental**

O estágio decorreu no Hospital Doutor Baptista de Sousa de Segunda à Sexta-feira, das 8 horas às 12 h30 minutos e teve início no dia 13 de Outubro de 2014, nos serviços de saúde mental e enfermaria de Psiquiatria, serviço de maternidade e serviço de pediatria Com atividades e tarefas diárias em concordância com o plano de estágio e de acordo com o programa elaborado (ver apêndice 1) sob orientação e supervisão da Doutra Tereza. Tendo-se iniciado com uma primeira fase com consulta e discussão de processos clínicos, realização de seminários temáticos, discussão de casos em equipa.

No mês de Novembro deu-se início a realização de entrevista aos pacientes de consulta externa conjuntamente com a orientadora, avaliação psicológica sob orientação e supervisão da orientadora e posterior discussão em equipa;

Realização de atividades de grupo como sendo: terapia ocupacional com pacientes internados, seguida de descrição e supervisão; participação no grupo terapêutico de pacientes com problemas com o álcool; reunião de família; assistência as primeiras consultas com realização de história clinica; reunião de estágio com conteúdos diversos. (ver casuística no apêndice 6)

Nas quintas-feiras realizávamos em equipa discussões de casos atendidos: compreensão dos casos e estratégias de intervenção;

Seminários teóricos- temáticas referentes as hipóteses diagnóstica, modalidades de avaliação e intervenção.

Ver quadro síntese os seminários temáticos no apêndice 5.

A prática clínica no contexto hospitalar e da saúde iniciou-se nas enfermarias de maternidade e pediatria no mês de novembro estando duas estagiárias na enfermaria de pediatria e duas na enfermaria de maternidade. As atividades eram realizadas conforme a natureza dos casos inerentes a cada enfermaria. As tarefas básicas foram mais no sentido de uma intervenção precoce, na crise, aconselhamento e apoio psicológico, aprendizagem de como manejar os problemas emocionais e quadros orgânicos, condições psíquicas e psicopatológica no serviço de saúde mental.

### **2.3. Intervenção no Serviço de maternidade**

A nossa atuação foi guiada por um programa (ver apêndice 2) previamente elaborado, supervisionado pela orientadora de estágio, tendo por base os fundamentos teóricos que sustentam tais procedimentos e levando em consideração não só as limitações impostas pelo serviço como também, as inerentes a nossa condição de estagiária.

Levamos a cabo algumas atividades, tais como:

Visitas as enfermarias nas quais se encontravam as pacientes, com o objetivo de fornecer informações sobre a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto;

Identificação de casos que careciam de suporte psicológico;

Avaliação psicológica das pacientes;

Intervenção em crise e aconselhamento.

Atendimento individual às puérperas, verificação das necessidades por que passavam as parturientes e puérperas em termos de um apoio psicossocial, com a finalidade de Propiciar escuta atenta as pacientes, trabalhando essas necessidades.

Em casos de óbitos, promovemos a despedida do bebê morto, trabalhamos o desligamento do bebê. Incentivamos a mãe a despedir-se do filho morto.

Preparamos psicologicamente a paciente para enfrentar parto Cesário e normal.

Estimulamos o vínculo mãe-bebê. Favorecemos a elaboração do luto prevenindo traumas obstétricos futuros e a instalação do luto patológico. (ver casuística apêndice 7)

## **2.4. Intervenção no Serviço de medicina**

Nesta enfermaria encontramos casos de Hipertensos, diabéticos, HIV, Abstinência, Anêmicos, pneumonias, Acidentes vasculares Cerebrais (AVC), Tuberculose, e Infecções respiratórias. Realizamos visitas a todas as enfermarias deste serviço, cama a cama, conversando com os pacientes detetando os casos que careciam de suporte emocional. O atendimento era feito individualmente ao lado da cama, propiciando um escuta atenta, dando suporte emocional aos pacientes, ajudá-los a atenuar o sofrimento psíquico gerado pela condição da doença orgânica. (Ver programa de intervenção no apêndice 3 e casuística no apêndice 8)

## **2.5. Outras atividades desenvolvidas no âmbito do estágio**

No decorrer do estágio foram desenvolvidas atividades fora do contexto hospitalar como sendo intervenção comunitária, desenvolvimento de uma pesquisa relacionado ao álcool.

### **2.5.1. Intervenção comunitária**

A intervenção comunitária processa-se em colaboração com as comunidades para tratar as preocupações locais ou expectativas de beneficiação. Este tipo de intervenção surge no sentido de prevenir/reduzir a desorganização social ou pessoal e promover o bem-estar da comunidade. Tem como objetivo provocar uma mudança na comunidade. No campo da intervenção comunitária, realça-se a criação dos recursos comunitários com as ações concretizadas pela própria comunidade com maior ou menor índice de apoio externo, partindo-se do princípio que as comunidades possuem os potenciais recursos para gerarem o seu próprio desenvolvimento.

Planificamos e preparamos uma palestra sobre o alcoolismo para a comunidade de lameirão a pedido do CAPS, entretanto, fomos informados um dia antes da nossa planeada intervenção que já não haveríamos de fazer tal palestra.

Fomos solicitados de novo para uma palestra sobre o mesmo tema na comunidade de Capim. A dinamizadora da zona juntamente com a comunidade nos esperavam com um palco montado numa das ruas mais problemáticas, da zona, estivemos lá, para abordar um



tema que tanto afeta os moradores dessa comunidade devido principalmente ao fator sociocultural. Muitos jovens tanto do sexo masculino como do sexo feminino são consumidores do álcool. A nossa atuação teve grande aceitação por parte do público presente.

Foi uma experiência muito gratificante pela manifestação de satisfação dos moradores da zona.

### **2.5.2. Pesquisa intitulada “o jovem universitário e o beber problemático”**

A pesquisa foi realizada pelo grupo de estagiárias sob orientação da Doutora Tereza, com universitários de 4 universidades de São Vicente num total de 60 estudantes de cada universidade.

### **2.5.3. Apresentação dos resultados parciais da pesquisa**

No âmbito da semana de psicologia que decorreu de 3 a 5 de junho, o grupo de estagiárias apresentou os resultados da pesquisa (ver anexo 15), no auditório da Universidade do Mindelo para debate académico em que exercemos (eu) as funções de moderadora do debate.

## **2.6. Acompanhamento e supervisão**

O estágio foi acompanhado e supervisionado pela Doutora Tereza. Foram várias as atividades levadas a cabo. As atividades realizadas foram orientadas por um plano geral do estágio facultado pela orientadora de estágio, a partir do qual elaboramos programas específicos para cada enfermaria e para outros contextos específicos.

No contexto do estágio tivemos seminários com psiquiatras que integram a equipe médica de saúde mental. Com a equipe assistíamos o exame psíquico aos pacientes internados.

## **CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO DOS CASOS**

### **3.1. Justificativa das escolhas dos casos clínicos**

A seleção do primeiro caso foi feita pela sua natureza. Uma vez que a avaliação infantil tem em muitos casos um carácter preventivo importante, pois faculta a identificação precoce de possíveis problemas que poderão ter repercussões ao longo do desenvolvimento da criança e da sua vida de uma maneira geral, logo a escolha. Em relação ao segundo caso, de entre outros casos atendidos por uso do álcool, optamos por escolher este por se ter mostrado motivado no tratamento do problema, não obstante ter tido algum obstáculo pela residência em outra ilha.

### **3.2. Caso 1.**

#### **3.2.1. Enquadramento teórico**

A revisão da literatura e o enquadramento teórico de qualquer tema constituem-se em tarefas científicas importantes para compreendermos e fundamentarmos os factos.

##### **3.2.1.1. Depressão**

A palavra depressão provém do termo latim depressus, que significa “abatido” ou “aterrado”. Trata-se de um distúrbio emocional podendo traduzir-se num estado de abatimento e infelicidade, o qual pode ser transitório ou permanente.

O termo Depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda, pode significar uma doença, caracterizada por marcantes alterações afetivas (Cass, 1999).

Uma das características mais determinantes da criança depressiva conforme Fonseca (1995), é a baixa-estima.

A opinião que a criança tem de si mesma, no entender de Coll (1995), está intimamente relacionado com sua capacidade de aprendizagem, seu rendimento e seu comportamento .

Quando se fala da depressão, faz-se referência a comportamentos que, na maioria das vezes, estão relacionados à idade adulta, isto porque, antigamente não se acreditava que as crianças podiam afetivamente sofrer deste tipo de perturbação emocional.

Contudo tem-se começado a tomar lentamente a consciência que as crianças podem afetivamente sofrer deste problema, e quando isto acontece, é tão desagradável para elas como para o adulto (Hatton 2007).

“Crianças e adolescentes com depressão sofrem de quatro classes principais de distúrbios: problemas relacionados ao pensamento, comportamento incluem dificuldade de concentração, indecisão, pensamentos mórbidos, sensações de inutilidade e culpa excessiva; os problemas emocionais de inutilidade e culpa excessiva; os problemas emocionais incluem abatimento, irritabilidade, interesse ou prazer reduzido em suas atividades e uma falta de expressão ou variação emocional; os problemas comportamentais incluem agitação ou letargia. E finalmente, os sintomas psicológicos incluem muito ou pouco sono, falta ou excesso de apetite, fadiga e falta de energia”. (Jeffrey, 2003)

### **3.2.1.2. Depressão infantil**

Em 1934, M. Klein redige sua contribuição ao estudo da psicogenese dos estados depressivos.

A semiologia da depressão infantil é particularmente variada e a título de exemplo, Winberg e Cols. (citado por G. Nissen e ainda referido por Ajuriaguerra) ressaltam dez condutas como os mais importantes sintomas de depressão infantil: humor disfórico, autodepreciação, comportamento agressivo, distúrbio do sono, modificação nos desempenhos escolares, diminuição da socialização, modificações da atitude em relação à escola, queixas somáticas, perda da energia habitual, modificação inabitual do apetito e ou do peso. “Vê-se facilmente que a variabilidade sintomática é extrema e se situa em registros diversos...Essa variabilidade depende da própria criança, cujas modalidades de expressão evoluem com a idade, mas corresponde igualmente às largas divergências de pontos de vistas dos clínicos” (Ajuriaguerra, 1986).

As dificuldades escolares: Os problemas escolares São habituais em criança deprimida. Manifestam-se através dos vários sintomas da doença depressiva: a ansiedade, o desinteresse, as dificuldades de concentração intelectual e os problemas de comportamento (Clerget 2001).

### **3.2.1.3. Depressão da criança dos 5 aos 13 anos**

De acordo com Ajuriaguerra (1986) Pouco a pouco a criança vai dispondo de meios mais e mais elaborados ou diversificados para exprimir seu sofrimento depressivo. Nesta idade a sintomatologia parece agrupar-se em torno de dois polos:

Por um lado, as manifestações diretamente ligadas ao sofrimento depressivo às vezes acompanhadas de condutas de autodepreciação, autodesvalorização ou sofrimento moral diretamente expreso (“eu não consigo”, “eu não alcanço”, “eu não sei”, “estou cansado”...)

Por outro lado observam-se frequentemente condutas ligadas ao protesto e à luta contra estes afetos depressivos.

### **3.2.1.4. Depressão infantil e o ambiente familiar**

Estudos feitos sobre o meio familiar apontam par vários pontos de vista:

A frequência de antecedentes de depressão entre os pais, em particular a na mãe. Dois mecanismos foram propostos para explicar esta frequência:

- Um mecanismo de identificação ao pai deprimido;
- Um sentimento de que a mãe é inacessível e indisponível e que ao mesmo tempo a criança em si é incapaz de consola-la, gratificá-la ou satisfazê-la

Segundo Ajuriaguerra, a frequência da carência parental, sobretudo maternal: fraco contato mãe-filho, pouca, senão nenhuma estimulação afetiva, verbal ou educativa. Um dos pais é por vezes abertamente rejeitante: desvalorização, agressividade, hostilidade ou indiferença total em relação á criança, podendo chegar a uma completa rejeição.

### **3.2.1.5. Aprendizagem/insucesso escolar**

A aprendizagem é, segundo Natário, 1996 citado por Mendes. R. (s/data) um processo contínuo que se inicia com o nascimento. Corresponde a uma dinâmica de auto-organização a partir do que é intrínseco ao próprio individuo e às famílias que vai recebendo no seio da família, grupo de pares ou de amigos e ambiente social mais alargado. Este processo de aprendizagem, implica a aquisição de capacidades e competências nos planos

sensoriomotores, cognitivo, afetivo e de relacionamento social, que no seu conjunto determinam o modo como cada pessoa se relaciona consigo mesma e com os outros.

“O insucesso escolar é “um fenómeno relacional em que estão implicadas: o aluno, com a sua personalidade e história individual, situada na sua família e meio social; a escola, com o seu funcionamento e organização, os seus instrumentos pedagógicos e conteúdos a que os professores dão vida...” (citado por Mendes)

O insucesso escolar é um dos principais motivos de envio à consulta de desenvolvimento na criança de idade escolar e este é considerado como uma variável complexa que resulta da interação de diversos fatores. Apesar das consequências do problema serem educativas, a sua abordagem deve ser idealmente multidisciplinar (ibidem).

### 3.2.2. Identificação do caso

**Nome:** T.R.

**Idade:** 8 anos

**Data de Nascimento:** 8/11/2006

**Escolaridade:** Estuda o 2ª classe (repetente )

**Residência:** Ribeirinha

**Pai:** M.J, 58 anos, Trabalha pontualmente no caís

**Escolaridade:** 4ª classe (não concluído)

**Mãe:** A. L., 44, anos, vendedeira ambulante

**Escolaridade:** 2ª classe ( não concluído repetente 3 vezes).

### 3.2.3 Motivo da consulta

Dificuldades de aprendizagens e esquecimento

O pedido de consulta foi feito pela família

Apresenta alguma dificuldade ao nível da leitura, escrita e cálculo.

### 3.2.4. Entrevista de pais

TR, sexo feminino, vive com os pais e um irmão de 5 anos, na zona de Ribeirinha. O pai tem 9 filhos sendo 6 femininos e 3 masculinos. A mãe tem 6 filhos sendo 5 femininos e 1 masculino. Ao todo TR tem 13 irmãos sendo a 1ª do casal, a 5ª do lado materno e a 8ª do lado paterno. A família apresenta algumas dificuldades económicas.

Veio a esta entrevista a mãe. Apercebemos uma mãe sacrificada, aparentando muito mais velha do que realmente é. Sentimo-la preocupada com a filha, porém pouco afetuosa.

Conta que tem relacionamento com o pai de TR há 12 anos e há 3, vivem maritalmente. TR Vivia com a mãe até aos 3 anos, posteriormente devido a condições financeiras segundo mãe, foi viver com o pai e com outras irmãs do lado paterno. Voltou a viver com a mãe, com o pai e o irmão aos 5 anos. A mãe diz que T.R estuda no período de manhã e quando sai das aulas vai para casa da madrinha onde fica também o irmão de 5 anos. Lá os dois passam o resto do dia e voltam para casa a noite quando os pais chegam em casa por volta de mais ou menos 7 horas. T. R. fica sob os cuidados da madrinha desde o primeiro ano de vida, reitera a mãe. Questionada se T.R dorme bem, a mãe responde: “acorda durante a noite para fazer chichi e vezes tem dificuldades em acordar e em levantar-se de manhã.

O pai sai todos os dias a procura de trabalho no cais, segundo a mãe, que também alega sair todos os dias para o mesmo local “tentando conseguir algum dinheiro para o sustento da casa, vendendo alguma coisa no cais sob sol ardente: pães, água-ardente, café, sumo e ovos”. Relata que todos os dias ela e o marido saem de manhã e chegam a noite e que só veem os filhos a noite.

Percebemos que em relação aos dados da fase de infância de TR, a mãe teve alguma dificuldade em precisar os dados.

O pai não veio a esta entrevista, pois segundo a mãe de TR, foi a procura de um dia de trabalho.

### **3.2.5. Antecedentes pessoais e familiares**

A gestação decorreu normalmente segundo a mãe. Diz que o parto foi normal e que se sentiu bem após o parto. O peso a nascença foi entre 2,5 quilogramas. A criança foi amamentada ao peito e foi-lhe introduzido alimento (sopas leite, papa), antes de completar um mês. Esporadicamente tinha falta de apetite.

Por volta dos 7 meses sentou-se sem apoio e por volta dos 12 meses andou sem ajuda. Entre os 12-15 meses disse a primeira palavra. Por volta dos 2 anos começou a fazer frases. Controlou os esfíncteres uretral diurno aos 18 meses, deixou de usar fraldas, noturno aos 24 meses, segundo a mãe que diz ter-lhe tirado as fraldas nessa idade. Tinha sono agitado.

Por volta de 1 ano e tal Era um bebé chorão<sup>1</sup> e estranhava os desconhecidos. A partir dos três anos frequentou jardim infantil.

Nesta sequência reforça a queixa apresentada alegando que ela esquece muito e que se lhe pedir para ir comprar três artigos não consegue dizer as coisas quando chega a loja e numa distância bem perto da casa. Diz: “ num espaço de tempo de 5 minutos”.

Diz que TR não tem qualquer problema de saúde.

TR frequentou jardim dos 3 aos 6 anos, aos 6 foi para escola. Era uma criança retraída e interagia pouco com os colegas. A relação com os pais sempre foi dificultada pelas circunstâncias dela ter-se que ficar separada deles durante o dia desde bem cedo. Ao pedir-lhe que descrevesse a filha, diz que é uma criança quieta distante e brinca pouco.

Depois da entrevista informei-lhe que provavelmente teria que contactar os pais mais vezes.

### 3.2.6. Entrevista com a criança

**Primeira entrevista** TR veio acompanhada de uma irmã que nos disse o motive da consulta. Entrou na sala sozinha Depois de cumprimentar e fazer a nossa apresentação, perguntamos-lhe se sabia porque veio a consulta e respondeu que não sabia. Tinha um ar triste e manteve-se assim ao longo da entrevista e com alguma ansiedade (mexia com as mãos e as pernas) olhava para nós com frequência dando a impressão que necessitava de ajuda e aprovação. Apresentou-se com adequação do vestuário. Esteve responsiva durante a entrevista. Aparenta a idade que tem. Fizemos-lhe algumas questões sobre com quem vive, as suas amizades, brincadeiras que mais gosta e sobre o ambiente escolar.

Diz-nos que vive com os pais e um irmão, que é repetente no 2º ano e que gosta mais de fazer desenhos, diz-nos mais: “não sei ler, não sei fazer contas, não sei escrever, não sei fazer nada, sou triste e comporto-me bem”. Nesta primeira entrevista alega ter bom relacionamento com a professora e com os colegas mas posteriormente revela que não é aceite nas brincadeiras e que fica com frequência sozinha no intervalo.

Questionada sobre a brincadeira preferida, responde que é (Mizi Miza vende peixe no pelourinho). Perguntamos-lhe em que consistia a brincadeira e nos explicou dizendo que é uma “ apanhada “ pedimos-lhe que nos explicasse como funcionava a brincadeira e

---

<sup>1</sup> Em relação ao choro nesta idade, Winnicott (1982) defende que “os bebés choram porque se sentem ansiosos ou inseguros e o recurso funciona; o choro ajuda bastante e devemos, portanto concordar em que há nele algo de bom”

explicou-a. Questionada sobre a sua vivência lá em casa, responde que os pais saem todos os dias de manhã para trabalharem no cais e voltam por volta das seis horas. Com mudança de humor (tom da voz áspera) diz que não gosta do pai mas que gosta da mãe, pois alega que o pai bate-lhe. Diz-nos que fica em casa da madrinha e que o irmão de 5 anos também fica com ela. Diz que a madrinha trata-lhe bem e de que gostam muito uma da outra, diz mais “Gosto muita de estar com a minha madrinha”. Nesse momento disse-nos que queria fazer um desenho. Fez um desenho livre, uma pessoa feminina. Questionada quem era a pessoa do desenho disse que era a madrinha (ver anexo 1). Nisto dissemos-lhe ter impressão de que a madrinha gosta muito de dela. E diz: “Ela é quem cuida de mim desde bebé e trata-me bem”.

Terminamos a sessão dizendo-lhe que ficaríamos a sua espera para próximo encontro e que neste caso iríamos falar com a irmã que esteve a sua espera.

**Segunda Entrevista:** TR veio acompanhada da irmã com ar triste entrou e cumprimentamo-nos. De seguida perguntamos-lhe como tinha sido a semana, e responde que passa o dia com a madrinha e que quando chega a hora de ir para casa dos pais fica triste, porque não gosta de estar em casa dos pais, já que o pai bate-lhe muito e que a chama de burra, besta e feia, dizendo que não sabe fazer nada. E diz achava-se feia e não ser capaz de fazer nada. Perguntamos-lhe se sempre foi assim com o pai, diz que antes o pai não a tratava dessa forma e que agora o irmão faz-lhe apanhar muito castigo. Diz que o pai acredita no irmão que faz tudo para ela ser castigada. Perguntamos-lhe se lembrava de algum acontecimento marcante de quando era mais pequena e diz que quando tinha três anos, a madrinha deu-lhe banana com leite e vomitou, e a mãe pensando que ela ia morrer, disse: “TR vai morrer”. Diz ter ficado triste e com medo. Pedimos-lhe que nos explicasse um pouco esse medo. E diz ficar com medo de morrer.

Note-se aqui uma angústia de morte gerada pela mãe. Essa angústia de morte é presentificada agora.

De seguida perguntamos-lhe se queria fazer algo e diz que gostaria de desenhar. Depois de explicar-lhe, Propusemos-lhe o desenho da família real e ela fez o desenho. (ver anexo 2) Não representou as figuras materna nem paterna no desenho.



Falamos sobre o desenho e ela nos dissesse quem eram as pessoas representadas no desenho, o grau de parentesco e a idade.

Questionada se queria fazer agora um desenho da família ideal, respondeu que sim, e fez o segundo desenho (ver anexo3). Terminado o desenho fizemos o inquérito sobre as figuras representadas. Neste desenho aparece as figuras, paterna e materna.

Terminamos a sessão desejando-lhe uma boa semana e que a esperaríamos por ela.

**Terceira Entrevista:** TR veio acompanhada da irmã, entrou na sala, com o ar triste, perguntamos-lhe como se sentia e diz: “triste”, pois contou que o pai tinha-lhe castigado e que tinha sido por causa do irmão que a tinha feito cair. Diz:” ainda fui eu que levei de cinto”. Perguntamos-lhe se a mãe estava em casa, e responde que sim mas que a mãe não diz nada quando o pai a castiga e que ainda tinha dito bem-feito. Questionamos-lhe como vivencia isso e diz que fica a sentir-se triste e infeliz e que por este facto não gosta do pai. Diz que apesar de tudo gosta da mãe. Entretanto diz que gosta mais de estar em casa da madrinha, pois diz que os pais só estão em casa a noite e aos fins-de-semana e que em casa da madrinha fica mais feliz.

Perguntamos-lhe se sabia a idade dos pais e diz”: meu pai tem 86 anos, ele é velho”, de seguida faz referência a idade da mãe dizendo que a mãe tem 44 anos idade.

Na verdade o pai tem 58 anos e aparenta bem mais jovem que a mãe de TR, que tem realmente 44 anos. Aqui percebe-se que TR vê o pai velho pelo seu comportamento face a ela.

Num segundo momento, fizemos o squiggle gráfico, uma atividade de rabiscar, criada por Winnicott. Ela reagiu muito bem nessa atividade. Com papel, lápis colorido, fomos rabiscando alternadamente até surgir uma figura. Terminados os rabiscos, fizemos-lhe algumas perguntas sobre o resultado obtido.

Disse-nos que o resultado representava uma menina de 8 anos e que era bonita. Perguntamos-lhe quem era a menina e diz que era ela própria. (ver anexo 4) Durante a atividade ela demonstrou alegria e sorria.

Terminamos o encontro e fomos falar com a irmã que sempre acompanha TR as consultas, faz as marcações na central de consultas e fica a sua espera. Solicitamos a vinda do pai por seu intermédio, pois achamos que era necessário que ele viesse o mais urgente possível para que fosse possível haver alguma mudança de imediato na dinâmica familiar de TR.

**Na quarta entrevista** TR veio acompanhada do pai. Questionamos-lhe como se sentia e respondeu: “bem”. Perguntamos-lhe se queria brincar e aceitou. Tínhamos à disposição alguns brinquedos para além de 15 lápis de cores e papel. Não existindo uma caixa ludo, utilizamos brinquedos que foram conseguidos para o efeito, como: uma família de bonecos, utensílios de cozinha, alguns soldadinhos, animais de borracha, pistola, alguns alimentos de plástico telefone, carro, mota, pente, espelho, totós boneco bebé com cabelos.

Pedimos-lhe que ficasse a vontade e que brincasse. Depois de observar os brinquedos pegou de uma boneca bebé, observou - a e abraçou-a dizendo que ela era bonita. De seguida pegou a pente, tirou os totós dos cabelos da boneca e começou a penteá-la. Depois de penteada colocou um alimento na boca da boneca. Não se interessou por mais nenhum brinquedo. Depois arrumou os brinquedos dentro de uma bolsa e a colocou em cima de uma cadeira. Questionada se queria fazer mais alguma coisa respondeu que sim e nisto propusemos-lhe que fizéssemos um jogo com alguns lápis (15) em que ela manuseava os quinze lápis de cores, de seguida colocava-os em cima da mesa, virava a cara para o lado e escondia (mos) um lápis, de seguida observava os lápis, tentava lembrar que lápis, tínhamos escondido. Retirávamos sempre um de cada vez, tentava acertar. Voltávamos a colocar o lápis entre os outros e retirar outra cor e assim por diante. Ela acertou em 9 cores.

Aqui pretendíamos explorar a memória pelo lúdico. Apercebemos ligeira dificuldade em memorizar.

Seguidamente quis fazer um desenho. Desenhou um animal e escreveu quatro frases sobre o animal (ver anexo 5). Terminamos o encontro desejando-lhe uma boa semana.

**Na quinta entrevista**, já havíamos tido uma entrevista com o pai na semana anterior que mais adiante apresentaremos. TR veio acompanhada da irmã.

Perguntamos-lhe como tinham sido os dias e responde que foram bons. Diz que a relação com o pai foi muito boa. “Meu pai disse que nunca mais vai-me chamar feia, burra e besta, nunca mais vai dizer-me que eu não presto, para nada e que não sei fazer nada.”

“Ele não me bateu”. Diz estar a sentir-se muito bem. Diz ainda: “Estou feliz.

Pedimos-lhe que fizesse um desenho livre, e disse que queria desenhar sua mãe, seu pai e sua madrinha. Fez o desenho. Pedimos-lhe que nos indicasse cada um deles no desenho (ver anexo 6). Seguidamente perguntou-nos se podia desenhar a sua casa, concordando com ela, fez o desenho e escreveu quatro frases sobre ela ao lado, de seguida fez outro desenho e disse que era ela e o pai. (ver anexo 7)

**Na sexta entrevista**, depois de nos cumprimentarmos, perguntamos-lhe como tinha passado os dias desde que tínhamos visto e respondeu: “mal, passei muitas dores de cabeça, dores de barriga, dores nas costas e dores nos dentes”. Perguntamos-lhe se tinha ido ao médico disse que não. Disse que sentia-se melhor. Questionamos-lhe como tinha sido a sua vivência lá em casa e responde que o pai já não a castiga e nem a chama como antes.

Com ar pouco confiante, diz : “trata-me bem mas ainda ontem ele falou-me dessas manchas que tenho no rosto, “esses panos” e diz ficar triste. Não via nada no seu rosto e pediu-nos que aproximássemos mais para ver que tinha manchas brancas. Tranquilizamo-la dizendo-lhe que aquilo não era grave e que nem se notava. Ficou mais aliviada.

Nesse dia quis desenhar o pai, a madrinha, o irmão e a mãe. Fez o desenho, de seguida indicou cada figura representada no desenho (ver anexo 8). De seguida disse: “Agora quero desenhar eu e a minha madrinha. Fez o desenho (ver anexo 9).

TR manifestou vontade em fazer mais atividade alegando que tinha provas marcadas, produziu um texto sobre ela mesma. (ver anexo 10) em que ela manifesta mudanças na sua dinâmica familiar dizendo que sente-se feliz.

**Sétima entrevista** - Nesta entrevista TR revela que a convivência em casa melhorou muito, na escola brinca normalmente com os colegas. Diz sentir-se feliz e capaz de fazer contas, ler e escrever. Alega que a relação com o pai é agora boa pois que desde que o pai teve o encontro connosco nunca mais ouviu aquelas palavras e nem foi castigada. Diz que no início sentia-se infeliz mas agora sente-se feliz.

Seguidamente fez um desenho livre. Desenhou cinco pessoas. Pedimos-lhe que nos dissesse quem eram: e diz que a primeira figura era a madrinha ao lado a mãe, ela a seguir, ao lado o pai e o irmão de 5 anos.

Neste último desenho ela se posicionou entre as figuras paternas. (ver anexo11).

Terminado o inquérito do desenho disse que queria fazer outro desenho. E produziu o seu segundo desenho deste encontro e o último do processo psicoterapêutico (ver anexo12).

Questionada quem era diz que era uma boneca barbie. Nisto diz que gostaria de ter uma boneca barbie e que nunca teve uma boneca, pois que a mãe nunca quer comprar-lhe uma.

Dissemos-lhe que provavelmente terá uma no futuro.

Foi lembrada que os nossos encontros já estavam no fim e que haveríamos de ter mais um encontro. Com lágrimas nos olhos disse que sentiu muito bem durante o tempo que esteve connosco, muita coisa mudou lá em casa e na escola, que sente-se feliz e que ia ficar com saudades.

Dissemos-lhe que também íamos ficar com saudades mas que já não íamos continuar no hospital por este facto teríamos que terminar os nossos encontros na próxima vez.

Despedimo-nos.

A irmã marcou a última consulta, e voltaram a consulta na data marcada, mas houve engano da parte deles em relação ao horário do encontro, não tendo sido possível a sua realização. Deixaram recado que iriam de novo mas tendo em conta o nosso tempo disponível e devido a data em que pretendiam ir ser a 3 de junho, não pudemos lá estar devido a outros comprometimentos laborais. Procurámos contactá-los.

### **3.2.7. Entrevista com o pai**

O pai é um senhor de porte físico alto, de pele escura. Trazia veste adequando. Tem 58 anos e aparenta muito mais novo do que realmente é.

Percebemo-lo preocupado e tenso. Explicamos-lhe os motivos de ter solicitado a sua vinda. Começamos por falar das questões éticas que o processo requer.

Questionamos-lhe de seguida como é a vivência com TR e diz-nos preocupar-se muito com a filha pelo facto de esquecer muito, de não saber nada, de fazer tudo errado, de não saber nada a nível daquilo que lhe é ensinado na escola. Diz: “ se for comprar alguma coisa perto da casa não consegue lembrar o que lhe foi pedido para comprar, e traz o que não lhe foi pedido”. Também diz ficar envergonhado pelo facto de não saber nada daquilo que lhe ensinado na escola e que os colegas de TR passam perto da casa quando saem da escola gritando que TR não sabe nada.

Relata que era casado e que desse casamento teve 7 filhos a esposa faleceu há muitos anos e há três anos vive com a mãe de TR com quem tem mais um filho. Alega que TR passou a viver com ele e as suas filhas porque a casa da mãe tinha menos condições do que a sua e que ela não estava conseguindo tomar conta da filha. Diz ainda que nenhum deles tem trabalho e que todos saem a procura “de um dia de trabalho”. Também disse que TR e o irmão mais novo ficam em casa da madrinha desde que TR tinha um ano.

Perguntamos-lhe como reage quando vê que TR esquece ou quando não consegue fazer algo corretamente e diz: “ para falar a verdade fico irritado e bato nela. Diz ainda: “Toma banho deixa tudo desarrumado espalhado pelo chão, pede-se-lhe para comprar azeite compra óleo, pede-se para comprar uma coisa compra outra e isso irrita-me.

Perguntamos-lhe que reações costuma ter face a TR quando falha em alguma coisa, responde dá-me raiva e chama-a de burra e de não saber fazer nada. Questionamos-lhe se alguma vez utilizou expressões que traduzem em agressões verbais contra TR, como por exemplo chama-la de feia, de lágrimas nos olhos e nervoso disse: “não acho os meus filhos feios, as vezes força da raiva faz-me dizer-lhe - menina, tu com essa carinha de mau jeito”.

Informamos-lhe que a forma como relaciona com TR traz muitas angústias a TR. Chorando, disse-nos que não sabia que estava causando tanto mal a filha e que preocupa com os seus filhos e que tudo o que faz é por vontade de ver TR a mudar-se para melhor.

Dissemos-lhe que tinha que ter paciência e que juntos iríamos trabalhar para ajudar TR a melhorar a sua qualidade de vida e que neste caso ele iria refletir nas suas atitudes, nas expressões que costuma usar com a TR.

Nesta entrevista demos as primeiras devoluções, e informamos-lhe que o contactaríamos mais vezes.

Terminamos a entrevista e ele foi marcar a próxima consulta de TR, pois esta entrevista aconteceu antes da quinta entrevista com TR.

### **3.2.8. Instrumentos de apoio ao diagnóstico**

Os instrumentos utilizados no processo de avaliação foram o Teste de Aperceção Temática Infantil CAT-A, o desenho (desenho da família real, desenho da família ideal, Desenho livre, Squiggle gráfico.

**O CAT-A** tem por objetivo captar o mundo interno e vivencial da criança (Montagna, 1989). O CAT também fornece esclarecimentos sobre identificações da criança, bem como angústias, mecanismos de defesa, nível de maturidade afetiva, desenvolvimento do superego e interação dos papéis familiares (Herzberg & Mattar, 2005).

#### **O Desenho**

O desenho pode ser, na infância, um forma de comunicação entre a criança e seu mundo exterior. É uma forma de expressão que nos permite o acesso ao seu mundo interior.

**Squiggle Gráfico** (o traço a completar), a técnica dos rabiscos, é uma prova apelativa, fundamentada no Jogo dos Rabiscos de Winnicott, que permite analisar o pensamento da criança a partir da sua projeção perante um conjunto de traços (rabiscos) aparentemente sem significado.

O Jogo do Rabisco, permite o acesso a conflitos e angústias, demonstrando ser um instrumento adequado no atendimento psicológico de crianças.

Winnicott utiliza este jogo como técnica de comunicação com a criança.

O Jogo do Rabisco é apenas uma maneira de entrar em contato com o paciente pelo uso do lápis e papel.

### 3.2.9. Resultados e análise das Provas

#### Teste de percepção temática CAT-A (ver anexo13)

TR aderiu com facilidade logo que lhe foi dado as explicações necessárias para sua realização entretanto ficava muito tempo parada a observar as pranchas.

No fundo ela não elaborou propriamente histórias, pois apresenta poucos detalhes. Apresenta uma pobreza ao nível do vocabulário.

Conta “histórias” pouco elaboradas. O imaginário encontra-se inibido e muito ligado ao concreto. Em muitas “ histórias”, não elabora propriamente uma frase. O que ela conta é muito descritivo e ligado ao concreto, pois descreve o que ela vê e isso mostra uma certa inibição do imaginário e da fantasia o que remete para uma inibição intelectual. Não há uma sistematização frásica.

Sentimos uma angústia contida que emerge, sempre, no contexto de uma relação objetal. Há uma inibição intelectual a par dessa angústia contida. Apesar da pouca nitidez relativamente a natureza da angústia, sentimos a presença de uma angústia de perda muito contida. O que emerge muito associado ao déficit narcísico, que é percebido através de um certo complexo de inferioridade, de frustração pela de objeto; uma angústia de abandono e até de solidão; angústias de incorporação, devoração, particularmente, de conteúdos bizarros. Sentimos, por outro lado, a presença de uma angústia persecutória muito associada ao medo de agressividade do outro (pois, na prancha 10 sobressai uma relação de autoridade castrante) e uma certa insegurança. Identifica-se com personagens pequenas, frágeis, tristes e solitárias.

Emergem necessidades de afeto, de segurança e de contenção.

A figura materna está presente, porém, como castradora e demitente das suas funções.

A figura paterna não está presente.

**Desenho:**

### **Desenho da família real**

No desenho da família real representou uma família formada por oito pessoas, sendo o irmão de 5 anos ter sido desenhado primeiro, ela própria ao lado do irmão, 5 primos e um sobrinho de um ano.

O distanciamento afetivo é percebido aqui pela ausência das figuras parentais, pois dá ideia de exclusão desse meio familiar por não haver um vínculo afetivo devidamente estabelecido.

Embora revela nas entrevistas que o irmão faz-lhe ser castigada, revela vínculo afetivo com este, pois ao longo dos encontros em vários momentos diz gostar do irmão mesmo assim.

### **No desenho da família ideal**

Representou seis pessoas, a quem ela identificou como sendo uma irmã de 24 anos, um irmão de 5 anos, a mãe, o pai, a madrinha e ela própria.

Revela a importância que a figura da madrinha tem para ela. Pois, trata-se da figura de afeto. É a figura que mais investe no desenho. madrinha apresentando detalhes que a distingue em termos afetivos das outras figuras apresentadas.

Apercebe-se os pais ausentes e desejo de os ter presente. Exatamente como é a habitual dinâmica familiar dela. Pois como foi revelado nas entrevistas ela fica sob os cuidados da madrinha desde um ano de vida e até hoje passa maior parte do dia em sua casa, já que os pais só estão em casa a noite e aos fins -de -semana. Precisa sentir a presença e o afeto dos pais.

### **Desenho livre**

Ao representar a figura da madrinha no seu primeiro desenho apercebe-se da importância dessa figura na sua vida afetiva. É a figura com a qual TR tem oportunidade de estabelecer vínculos afetivos. Quanto ao tamanho e localização do desenho no papel nota-se retraimento social, insegurança. (Anexo1) os primeiros desenhos produzidos por TR revelam isso. Com o decorrer dos encontros verificou-se mudanças nos desenhos tanto a



nível gráfico como a nível de conteúdo o que reflete uma mudança na dinâmica familiar TR e nas suas interações, pelo menos pelo nível de conteúdo verificado.

Na maioria dos desenhos livres ela inclui a madrinha e sempre investindo mais nessa figura revelando o afeto que sente por ela.

O desenho representado no anexo 6 revela alguma mudança, pois representou três figuras e questionada quem eram disse que era a mãe, o pai e a madrinha, entretanto ela exclui-se do grupo ao não representar a si mesma nesse desenho. Isso revela ainda um conflito.

O desenho representado nos anexos oito faculta a imagem de quatro pessoas e diz que é o pai, a madrinha, a mãe e o irmão. No desenho da madrinha voltou a colocar mais detalhes.

Os desenhos vão revelando uma evolução a nível da estética como a nível do conteúdo.

No anexo 9 apresenta uma imagem de duas pessoas femininas e questionada quem são diz que é ela e a madrinha de mãos dadas.

### **Desenho da família**

Nos desenhos da família analisou-se o nível gráfico e o nível de conteúdo.

No nível gráfico não analisou-se o valor estético do desenho, mas sim o tamanho das figuras, a forma e a pressão dos traços e o desenho como um todo.

Em relação ao nível de conteúdo analisou-se a presença e ausência de figuras e a proximidade e o distanciamento entre elas.

Ao analisarmos os desenhos de TR, tivemos em conta a condição biográfica e familiar bem como da sua história pessoal que serviu como seu marco de referência. Teve-se em conta que embora um desenho seja importante, não define tudo, pois é uma expressão de sentimentos e de desejos que nos ajuda a saber por exemplo como se sente a criança em relação a sua família e a todo o seu meio envolvente.

O desenho localizado no canto esquerdo da folha poderá indicar fuga ou desajusto da criança ao ambiente<sup>2</sup>, inibição ou controle intelectual, introversão. Os primeiros desenhos produzidos estão localizados no canto esquerdo das folhas.

Nos desenhos nota-se traços fortes, leves normais. Poderá ser insegurança, os traços leves normais poderão indicar equilíbrio emocional e mental. A falta de detalhes adequados pode

---

<sup>2</sup> Com base em “O teste do desenho como instrumento de diagnóstico d personalidade”, Campos, D. (2000)

sugerir sentimentos de vazio e energia reduzida, característica de quem emprega defesa pelo retraimento.

Entendemos a ausência das figuras paterna e materna no desenho da família real como a tradução do sentimento de perda, de angústia de abandono e falta de carinho.

Os desenhos com formas pequenas revelam falta de confiança.

Apercebe-se que há um entrave no desenvolvimento normal de TR.

Ao longo do processo TR foi revelando mudanças na dinâmica familiar, pela confiança demonstrada gradativamente, revelou mudanças significativas o que impactou positivamente na fortificação egóica, pelas mudanças verificadas no autoconceito, na autoestima, nas suas potencialidades que são percebidas de forma mais abrangente.

Pelas técnicas e provas psicológicas aplicadas verificou-se que TR, Inicialmente apresentava uma baixa autoestima, autoconceito negativo, retraimento social, insegurança, carência afetiva, temor, o que a deixava num estado deprimido repercutindo nas suas interações e nos resultados escolares.

### **3.2.10. Compreensão do caso**

A insegurança, a timidez e o olhar triste de TR foram evidentes logo na primeira entrevista. E através dos dados obtidos pela aplicação de outras técnicas e provas verificamos que TR, apresenta uma baixa autoestima, autoconceito negativo, retraimento social, insegurança, carência afetiva, medo do pai, medo de morrer, o que está associado a uma grande depressividade que se repercute nas suas interações e nos resultados escolares.

Tendo em conta os dados da história pessoal da TR, verificamos que houve uma instabilidade ao nível da dinâmica familiar (até aos três anos viveu com a mãe, a partir desta idade até aos cinco anos passou a viver com o pai e com umas irmãs e a partir desta idade ela e o pai foram viver com a mãe), através dos desenhos sentimos que não há uma representação (interiorizada) da família. Por outro lado, desde muito cedo o vínculo afetivo com as figuras parentais evidenciou-se deficitário (desde um ano de idade ela passou a estar sob os cuidados da madrinha que se destaca como a figura de afeto, durante o dia vendo os

pais apenas a noite). A figura paterna tem sido castradora e punitiva, pois, percebe-se também um medo exagerado, intenso e duradouro do pai.

Estas falhas no vínculo afetivo com os objetos da relação primordial poderão ter implicado em momentos importantes da estruturação da personalidade da miúda, particularmente, ao nível da relação precoce, da triangulação, especialmente num dos movimentos de separação, de autonomia e de confronto com o mundo e de novas regras que é a entrada da criança para escola. Pois, as dificuldades escolares e de concentração, a falta de confiança em si própria, insegurança, os sentimentos de inferioridade e o isolamento a angústia de morte, solidão e de abandono, manifestos por uma tristeza através do olhar ausente, de um rosto sério e de auto depreciação muito associados a um déficit narcísico. TR necessita afirmar-se e sentir-se capaz. A punição é um estímulo aversivo que tem exercido forte influência sobre a personalidade de TR, gerando excesso de timidez e fragilidades egoicas. Isso faz com que a miúda evidencie uma certa carência, somada a desvalorização e baixa autoestima.

O sentimento de inferioridade e de incapacidade poderão estar relacionados com bloqueios cognitivos, que têm sido manifestos através das tais dificuldades de aprendizagem. Concomitantemente, a todo o panorama afetivo acima exposto, é de realçar a presença dos sintomas psicossomáticas como dores de cabeça, dores nas costas, dores de dentes e dores de barriga.

### **3.2.11. Hipótese diagnóstica**

Pelos sintomas apresentados e pela avaliação psicológica feita chegamos a seguinte hipótese diagnóstica: **Depressão Infantil**

### **3.2.12. Proposta de intervenção**

Recomenda-se a ludoterapia por forma a ajudar a criança, através do ludo, a expressar com maior facilidade seus conflitos e dificuldades. “Brincando” com ela, o terapeuta ajudá-la-á a ultrapassar os obstáculos que a coíbem de integrar-se e adaptar-se convenientemente ao seu meio familiar e ou social de forma geral.

-Recomenda-se a Ludoterapia por constituir-se em uma poderosa terapia para que a criança aprenda a se expressar. Os jogos e as brincadeiras permitem que a criança libere a tensão, frustração, insegurança, o medo e a confusão, tudo isso sem se aperceber se tem com ela todos esses sentimentos, logo sugerimos a ludoterapia para o tratamento de TR, pois poder-se-ia alcançar várias necessidades suas. Através de desenhos, atividades projetivas, jogos, modelagem e outros recursos lúdicos, a criança representa seu mundo interno, que inclui as situações que mais a angustiam.

Tendo-se verificado que os fatores associados à hipótese diagnóstica, estão relacionadas com os padrões comunicacionais e de vínculo, como falta afeto e de atenção, e compreensão sugerimos que faça parte do plano de tratamento a família e o ambiente escolar encerrando aspetos multidisciplinares, tendo em vista a erradicação dos sintomas, restituição do pleno funcionamento e a prevenção do reaparecimento do panorama clínico depressivo. Logo propomos a terapia familiar por tratar-se de um método sistémico de intervenção terapêutica, designado para atenuar as perturbações emocionais de um grupo familiar no seu todo. A terapia familiar conduz a modificação do sistema familiar resultando alterações em todos os membros da família. no sentido de minorar as dificuldades emocionais do grupo familiar e de restabelecer padrões comunicacionais mais saudáveis, adaptativos, e mais protetores

Também sugerimos apoio psicopedagógicas, pois, em sala de aula o professor deve estimulá-la nas suas interações, aprova-la sempre que conseguir realizar uma tarefa com êxito, encoraja-la, de modo que ela se sinta indispensável, presente e participativa.

Em virtude de termos verificado que há alguma dificuldade de aprendizagem também sugerimos que TR seja encaminhada para um psicopedagogo ou para a sala de recursos para que as suas necessidades ao nível do escolar sejam supridas havendo assim uma satisfação harmónica e integral de TR.

### **3.3. Caso 2**

#### **3.3.1. Enquadramento teórico**

### **3.3.1.1. Síndrome da dependência do álcool**

A síndrome de dependência do álcool é definida pelo Manual da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem com o consumo abusivo, associada à compulsão apesar das consequências, a prioridade ao uso da droga, a um aumento da tolerância e, por vezes, à abstinência física.

### **3.3.1.2. Substâncias psicoativas**

Uma substância psicoativa (SPA) é qualquer substância, utilizada por qualquer via de administração, que altera o humor, o nível de percepção ou funcionamento cerebral. Tais drogas incluem desde as medicações prescritas até o álcool e solventes. Todas elas são capazes de produzir alterações no humor e na capacidade de aprendizagem (Shuckit, M. 1991)

### **3.3.1.3. Abuso de Drogas**

O abuso de drogas é o uso de uma substância que altera a mente de um modo que difere das práticas médicas ou sociais geralmente aprovadas. Em outras palavras, quando o uso continuado de uma substância que altera a mente representa mais para o usuário que os problemas causados por tal uso, pode-se dizer que a pessoa está abusando da droga (Ibidem)

### **3.3.1.4. Dependência**

A dependência, também chamada habituação ou uso continuado, implica uma “necessidade” psicológica e/ou física à droga.

A dependência psicológica é uma característica de todas as drogas de abuso e centra-se na necessidade de droga pelo usuário, de modo a atingir um nível máximo de funcionamento ou sentimento de bem-estar. Este é de utilidade limitada para chegar ao diagnóstico.

Dependência física indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao uso crônico da substância, com desenvolvimento de sintomas quando a droga é interrompida ou retirada.

Embora inicialmente este conceito parece ser relativamente simples, há evidências de que o condicionamento comportamental e os fatores psicológicos são importantes no que usualmente é sentido como uma síndrome física de abstinência. Existem dois aspetos importantes para a dependência física:

- Tolerância é a capacidade de suportar doses cada vez maiores da droga ou, em outras palavras, a necessidade de doses cada vez maiores para atingir os mesmos efeitos. O fenómeno ocorre tanto por alterações no metabolismo farmacológico, através do qual o fígado destrói a substância mais rapidamente (tolerância metabólica), quando por alterações no funcionamento das células-alvo (usualmente no sistema nervoso centra) em presença da droga, pelas quais a reação tecidual à droga está diminuída (tolerância farmacológica).

A tolerância não é um fenómeno de tudo-ou-nada, e um individuo pode desenvolver tolerância a um aspeto da ação de uma droga e não a outro. O desenvolvimento da tolerância à droga de uma classe usualmente indica tolerância cruzada a outros fármacos da mesma classe.

- Retirada ou síndrome de abstinência é o surgimento de sintomas fisiológicos quando a droga é interrompida abruptamente. (Schuckit,1991,p.24-25)

### **3.3.1.5. Efeitos sobre o corpo**

O álcool é uma droga muito atraente, pois seus efeitos imediatos em doses moderadas são prazerosamente percebidos pelo usuário. Além disto, para os indivíduos não-alcoolistas que não estão usando medicações e apresentam boas condições físicas, o álcool em quantidade equivalente a até dois drinques diários possui os efeitos benéficos de aumentar a socialização, possivelmente estimular o apetite, talvez reduzir o risco de doenças cardiovascular através de um aumento nas lipoproteínas de alta densidade (HDL), e assim por diante (Schuckit,1991). Quando o álcool é ingerido com moderação por tais indivíduos com boa saúde, a maioria das alterações patológicas que ocorre é reversível. Porém, à medida que o consumo aumenta para mais do que dois drinques ao dia, ou quando indivíduos doentes bebem, o dano a vários sistemas corporais pode ser mais sério, e sinais precoces de algumas destas alterações podem dar ao clinico razões para aumentar seu nível de suspeita de que o paciente em questão seja um alcoolista. (Ibidem, p.80,81)

### **3.3.1.6. Efeitos sobre os processos mentais**

Além das alterações fisiológicas que ocorrem com o álcool, existe uma série de consequências emocionais importantes. Com uma ingestão modesta, no pico ou durante a queda da alcoolemia a maioria das pessoas alcoolistas e “normais”) experimenta tristeza, ansiedade, irritabilidade e uma grande variedade de problemas interpessoais resultantes. Em doses maiores persistentes, o álcool pode causar quase todos os sintomas psiquiátricos, incluindo quadros temporários de tristeza intensa, alucinações auditivas e/ou paranoia em presença de processos de pensamento lúcidos (um sensorio claro) e intensa ansiedade.

Pode ocorrer insônia com a intoxicação alcoólica simples, uma vez que a droga tende a fragmentar o sono.

Outra consequência do álcool que provoca impacto sobre ambos os funcionamentos físicos e mental é a ressaca. Apesar do reconhecimento deste fenómeno por centenas de anos, pouca pesquisa sistemática foi desenvolvida na área. (ibidem, p.86)

### **3.3.1.7. Teorias psicológicas**

As teorias psicológicas usualmente envolvem comparações de alcoolistas e de não-alcoolistas no desempenho em testes psicológicos. O método às vezes negligencia a possibilidade de que os atributos psicológicos dos pacientes que foram alcoolistas severos durante 10 anos podem ser a consequência de seu estilo de vida, mais do que a causa original. Os proponentes das teorias psicológicas também podem falhar ao diferenciar entre estudos sobre o porquê das pessoas beberem e o porquê das pessoas se tornarem alcoolistas. Estas teorias incluem a “hipótese de redução da tensão”, a qual afirma que os alcoolistas bebem numa tentativa de reduzir seus níveis de estresse (mesmo que a maioria das evidencias fisiológicas indique que o álcool aumenta a tensão). Um segundo conjunto de importantes teorias centra-se na premissa de que as pessoas começam a beber, bebem abusivamente ou permanecem alcoolistas porque o álcool, de algum modo, reforça ou recompensa o seu comportamento através da indução de prazer, remoção de desconforto, aumento da interação social, além de preenchimento da necessidade de se sentir poderoso ou, por outro lado, ajudá-los a se autodestruir ou abolir lembranças desagradáveis. (Schuckit, 1991, p.93).

### **3.3.1.8. Teorias socioculturais**

Um segundo enfoque centra-se em teorias sócio-culturais que usam observações das semelhanças e diferenças entre grupos e subgrupos culturais na medida em que se relacionam a padrões de bebida. A principal importância deste enfoque é heurística, e nenhum fator proposto como importante no desenvolvimento do alcoolismo em uma cultura mostrou-se passível de generalização à maioria das outras culturas. (Schuckit, 1991, p.93-94).

### **3.3.1.9. Teorias biológicas**

Uma série de teorias biológicas é encontrada na literatura, incluindo a possibilidade de que os alcoolistas estejam procurando alívio para uma hipoglicemia inata, que eles tenham alergias ao álcool ou a congêneres encontrados nas bebidas alcoólicas, ou que uma responsabilidade cerebral diferente ao álcool exista em alcoolistas. Uma vez mais, não foi estabelecido se as anormalidades fisiológicas dos alcoolistas foram a causa inicial da ingestão excessiva ou resultaram de um estilo de vida de relativa má nutrição, alto estresse e altas doses de etanol. (Schuckit, 1991)

### **3.3.1.10. Fatores genéticos**

Uma série de estudos estabeleceu a importância provável de fatores genéticos na gênese do alcoolismo primário. Demonstrou-se que esta desordem ocorre com força dentro de famílias, e a taxa de concordância para o alcoolismo em gémeos idênticos podem ser mais alta que em gémeos não-idênticos ou irmãos do mesmo sexo. Vários marcadores genéticos em potencial (como tipos sanguíneos) estão associados ao alcoolismo, e alguns fatores biológicos que influenciam os padrões de consumo de álcool em animais foram identificados. Entretanto, a informação mais importante provém de estudos do tipo separação ou adoção, realizados tanto nos estados Unidos quanto na Suécia, demonstrando que filhos de pais biológicos alcoolistas separados precocemente de seus pais e criados sem



o conhecimento de seus pais naturais possuem taxas marcadamente elevadas de alcoolismo. (Schuckit, 1991, p.93,94).

### **3.3.2. Dados de Identificação**

**Nome:** Hélder Jorge Almeida Silveira

**Género:** Masculino

**Idade:** 35 anos

**Data de Nascimento:** 13/12/1979

**Escolaridade:** 6º Ano

**Residência:** Tarrafal de Monte trigo

**Naturalidade:** Santo Antão

**Profissão:** sem ocupação

**Mãe:** 55 anos / emigrante

**Pai:** 56 anos / Agricultor

**Nível socioeconómico:** Baixo

### **3.3.3- Motivo da consulta**

Encaminhado do serviço de medicina.

“ Estive internado por causa de problemas no fígado e icterícia e mandaram-me do serviço de medicina para consulta de psicologia”.

### **3.3.4. Dados do caso**

H. J é solteiro, não tem filhos, tem dois irmãos sendo ele e o seu irmão gémeo os mais novos. Vive com o irmão gémeo em Santo Antão.

O pai era emigrante desde que ele era bebé, e a mãe também emigrante desde que ele tinha seis anos.

Nunca os pais viveram juntos.

Cresceu com a avó materna.

Hoje o pai vive na mesma região que ele, e a mãe continua no estrangeiro.

### 3.3.5. Antecedentes patológicos pessoais

Na família, o pai e o tio consomem álcool

Tanto o pai como mãe sempre foram ausentes.

Desde bebé viveu com a avó materna até passar a viver com o irmão gémeo

Consome álcool desde os 16 anos e deveu-se a oferta por parte da avó como incentivo pra o trabalho que prestava na agricultura.

Não continuou os estudos porque ninguém da família lhos facultou.

A mãe emigrou-se quando ele tinha 6 anos.

O pai era emigrante desde que ela era bebé. Vive em Tarrafal de monte trigo. Não tem qualquer laço afetivo com o pai, pois diz que o pai nunca deu-lhe atenção alguma desde criança.

Apresenta deficiência em uma perna devido a uma queda sofrida em casa que resultou numa fratura, devido ao consumo do álcool e já foi operado por duas vezes nessa mesma perna.

Tem os dentes todos cariados o que o incomoda, e o deixa envergonhado quando sorri ou fala segundo ele, e como demonstra pela reação. Diz pensar em extrai-los todos e colocar prótese dentaria quando tiver possibilidades.

### 3.3.6. Entrevista com HJ

**Primeira entrevista:** HJ entrou com ar inseguro e com sorriso tímido. Trazia vestes limpos mas não tão adequados. Depois de cumprimenta-lo e de fazer a nossa apresentação, abordando as questões éticas, questionamos-lhe sobre o motivo da consulta. Levou a mão a boca e diz que veio para são vicente fazer uma consulta devido a dores no peito e dores num joelho, pois, tinha sofrido uma fratura. A fratura aconteceu já há algum tempo e esteve em são vicente nessa ocasião para o tratamento. Diz que desta vez ficou internado devido a problemas no fígado e por lhe ter sido diagnosticado icterícia.

Questionado se consome alguma substância, responde que consome álcool.

Perguntamos-lhe há quanto tempo e diz ter iniciado o consumo por volta dos seus 16 anos.

Ao perguntar-lhe se consome alguma outra substancia responde que não.

Indagado sobre a sua ocupação, diz que trabalhava na agricultura mas há três que não tem nenhuma ocupação devido a sua condição e dificuldades da vida.

Perguntamos-lhe sobre a relação com os pais, diz que os pais emigraram-se muito cedo e que o pai nunca deu-lhe qualquer atenção.

Diz que atualmente o pai vive na mesma localidade que ele mas que não têm qualquer relação porque o pai não demonstra nenhum interesse em relacionar-se com ele. Reforça ainda “ ele não me liga, Passei catorze dias internado e até hoje nunca me ligou para saber como estou”.

Questionamos-lhe como vivencia isso, e diz ficar triste mas ao mesmo tempo conformado.

Diz-nos que precisava de ajuda a ver se consegue deixar o álcool e ter uma vida normal.

Nesta ótica reforçamos-lhe dizendo que com a sua determinação, vontade de mudar juntos podíamos melhorar a sua qualidade de vida mas que para isso seria necessário o seu investimento na mudança. Alegou que estava disposto a mudar. Determinamos o horário, as datas dos próximos encontros e o local. E ele concordou.

Terminamos a entrevista informando-lhe que o esperaríamos para o próximo encontro e que até lá que pensasse nos pros e nos contra de usar ou não o álcool.

Prometeu que iria refletir sobre isso.

**Segunda Entrevista:** Com ar tímido entra na sala e cumprimentamo-nos e perguntamos-lhe como se sentia

E responde: “mais ou menos”.

Diz-nos que quer mesmo parar com o uso do álcool, pois que reconhece que tem-lhe trazido muitos constrangimentos para sua saúde e pela sua vida em geral.

Perguntamos-lhe se tinha pensado nos pros e nos contra de usar e de não usar o álcool, responde que pensou. Questionamos-lhe sobre a sua motivação. Mostrando-lhe que a ambivalência na questão de tomada de uma decisão difícil é normal ressaltando a importância de se ver os dois lados dos sentimentos ao mesmo tempo. Nesse momento pedimos-lhe que nos dissesse o que achou dos prós e os contras de usar e não usar o álcool.

Nisto diz que em relação aos benefícios que terá se deixar o álcool: Terá um trabalho, terá uma família, terá uma boa casa, trabalhará com segurança, a relação com os outros, será boa, terá a sua saúde terá uma família e será feliz. E se continuar a usar o álcool deixa de pensar corretamente, deixa de colaborar com os outros, deixa de amar alguém que ele gosta, deixa de fazer higiene, deixa de respeitar as pessoas e não ter o respeito delas, não trabalhará e não terá alegria.

Esta técnica permitiu-lhe refletir em relação a decisão que tomará.

Perguntamos-lhe se costuma ter alucinações, verbais e/ou auditivas, responde que não. Diz ter sonhos Horríveis quando para de beber pelo menos durante 3 dias. Conta: “Quando paro de beber durante três dias sonho muitas coisas, sonho com rochas a caírem em cima de mim, sonho com montes de centopeias a minha volta e acordo assustado. Diz dormir muito mal.

Ao perguntar-lhe se isso é frequente, responde que sempre que tentar parar de beber.

Procuramos saber se estava a tomar algum medicamento e diz que foi medicado e que está a fazer o tratamento e que esta atento ao horário que deve tomar os medicamentos.

Perguntamos-lhe quantas vezes esteve mesmo determinado em deixar o uso do álcool e diz que já tentou várias vezes mas que nunca tinha ido ao psicólogo. Disse também que desta vez o médico o alertou pelos danos que o álcool lhe tem causado e que se não parar morre.

No final pedimos-lhe que falasse do álcool e ele em poucas frases e diz: “ A minha relação com o álcool é muito forte. Ele está acabando com a minha vida, mas quero ser mais forte que ele e elimina-lo da minha vida”.

Terminamos o encontro desejando-lhe força de vontade e que consiga mesmo ser mais forte que o álcool.

**Terceira Entrevista:** Questionado como passou a semana diz-nos bem. Perguntamos-lhe se sentiu vontade de consumir nesses dias disse que sim mas que não tinha bebido. Contamos que costuma ter náuseas e tremor, que sente uma vida amargurada devido aos problemas com o álcool, pois que frequentemente bebe antes do café e que logo de seguida sente vontade enorme de continuar a beber e que pensa constantemente na bebida. Alega ter

consumido álcool mesmo com a proibição médica. Diz que costuma beber com os amigos e que bebe de um gole só.

Questionei-lhe sobre a sua disposição desde que começou a beber muito e diz que a sua disposição fica em baixo e que depois sente-se culpado. Diz que a bebida o acalma quando sente ansioso e reconhece que não teria tantos problemas se não bebesse. Diz beber muito e que as pessoas não o entendem e o criticam muito.

Nisto, dissemos-lhe que é possível parar e melhorar a qualidade de vida mas que isso requer muito da sua vontade e que sendo assim ele teria que começar a dar pequenos passos rumo a mudança.

Pedimos-lhe que refletisse um pouco nas perdas que já teve e que refletisse também sobre algo que gostaria de ter e que devido ao álcool não tem sido possível. Pensou e responde que já perdeu muita coisa: autoestima, confiança em si mesma confiança das pessoas, perdeu trabalho, a sua saúde os amigos e tudo isso faz com que ele não tenha uma mulher nem filhos.

Perguntamos-lhe se teve alguma namorada e em que idade teve a primeira namorada diz que sim e que arranjou a primeira namorada aos 15 anos.

Terminamos o encontro desejando-lhe muita força de vontade para o bem da sua qualidade de vida.

**Quarta Entrevista:** Depois de cumprimentar HJ, perguntamos-lhe como se sentia e disse que sentia bem.

Procuramos saber como se sentiu em relação ao álcool, diz que desde que começou o tratamento e de ter iniciado com as consultas de psicologia não tinha colocado “um só pingão na boca” embora por vezes sentia vontade de beber. Diz-nos que quer ser forte e conseguir vencer essa luta, ter uma vida normal digna e ser considerado por todos.

Seguidamente, perguntamos-lhe se queria fazer uma atividade, explicando-lhe em que consistia, disse que sim.

Era uma atividade de comunicação não-verbal que favorecia uma reflexão sobre o auto e hétero-perceção.

Facultámos-lhe caneta e papel. Eram seis folhas, cada uma com uma frase sobre a qual ele escreveria.

- 1.Como eu me vejo.
- 2.Como eu acho que os outros me veem.
- 3.Como eu gostaria de ser;
- 4.Como os outros gostariam que eu fosse;
- 5.Como eu tenho medo de ser;
- 6.Como eu posso vir a ser realmente.

Entregamos-lhe uma folha com a primeira frase e pedimos-lhe que refletisse sobre a frase e que exprimisse por escrito sobre ela. Fez o que lhe foi solicitado e entregou-nos a folha. Entregamos-lhe outra folha com a segunda frase e pedimos-lhe o mesmo e assim sucessivamente. No final foi-lhe pedido que lesse os conteúdos das seis folhas E leu-os. (ver anexo caso 2)

Em relação a primeira frase” como me vejo”, ele escreveu que ele acha-se uma pessoa carente mas que é capaz de fazer de tudo um pouco. Fisicamente acha-se uma pessoa mais ou menos bonita e forte.

Frase 2”Como eu acho que os outros me veem, “ escreveu que algumas pessoas pensam que ele é uma pessoa com dificuldades e outros pensam que ele é capaz.

Frase 3” Como eu gostaria de ser”, escreveu que gostaria de ser bonito saudável e responsável.

Frase 4” Como os outros gostariam que eu fosse” escreveu que as pessoas gostariam que ele fosse uma pessoa responsável e de não beber.

Frase 5 “ Como eu tenho medo de ser”, escreveu que tem medo de ser um bêbedor drogado e tem medo que as pessoas não lhe respeitem.

Frase 6” Como eu posso vir a se realmente” e escreve que ele pode vir a ser responsável trabalhador e se beber pode vir a perder tudo e não ser respeitado pela comunidade. Depois lemos em voz alta aquilo que escreveu e reforçamos a necessidade de deixar o álcool mas que tudo dependia dele e que com a sua vontade determinação com certeza ele ia conseguir melhorar a vida.

No Final pediu para marcar a próxima consulta como habitual. Alegou que tinha outras consultas para marcar, que o médico lhe tinha passado e ia marcar todas. Perguntou-nos se a consulta com o médico coincidissem com a que tinha connosco como faria e nisto facultamos-lhe um número pelo qual ligaria para informar. Não foi possível a consulta connosco e depois teve que ir para Santo Antão e informou que teve necessidade de ir pois havia muito tempo em casa alheia segundo ele, mas que queria continuar, alegando que viria no mês de julho. Dissemos-lhe que continuaria as consultas com uma psicóloga lá no Hospital uma vez que não estaríamos lá nessa altura. Pedimos-lhe um trabalho de casa até voltar a ter uma consulta com um psicólogo. Que pensasse sempre nos malefícios do uso do álcool e nos benefícios do não uso dessa substância tóxica e prometeu que faria isso pois que sentiu-se melhor durante os dias em que não bebeu.

### **3.3.6.Técnicas utilizadas no caso**

Neste caso utilizamos a entrevista psicológica, pois, é um instrumento fundamental no método clínico.

### **3.3.7.Resultados e Análise das provas**

Foram realizadas quatro entrevistas, número possível dado a limitações em HJ poder manter-se Em Mindelo e continuar no processo terapêutico.

Por meio das entrevistas foi possível uma avaliação da conduta e da personalidade de HJ. A entrevista clínica permitiu-nos observar a comunicação verbal e a não-verbal, identificando,

avaliando e interpretando os factos intrínsecos, os comportamentos, às atitudes e às próprias questões que envolvem a relação terapeuta paciente.

### **3.3.9. Compreensão do caso**

HJ é um jovem dependente do álcool, substância psicoativa geradora de complicações sociais manifestando-se na sua conduta com impactos devastadores praticamente em todos os âmbitos da sua vida: trabalho, família, lazer, segurança, relacionamento entre outros.

O processo de desenvolvimento da perturbação da conduta de HJ pode ser compreendido pelo entendimento da sua história de vida. A ausência das figuras parentais desde a infância por parte da figura paterna até esta parte e da figura materna desde os seis anos também até esta parte, a predisposição genética, um fator biológico preponderante para o uso do álcool, o início precoce do seu uso dentro da família, fizeram emergir este quadro patológico.

A interação da substância psicoativa com o ambiente de HJ geram alterações duráveis

O crescimento da dependência é-nos considerado como parte de um processo de aprendizagem, no sentido de que alterações duráveis resultam da interação de substâncias psicoativas com seu ambiente. Entretanto notou-se em alguns momentos que HJ pretende o compromisso com o tratamento, pois, não apresenta razões pelas quais o comportamento problemático seria normal; faz afirmações motivadoras; discute como será quando as prováveis mudanças acontecerem; experimenta o processo de mudança e interrompe o comportamento problemático. A pretensão de HJ demonstrada, é-nos percebido como fator potenciador que deve ser estimulado.

### **3.3.10. Hipótese Diagnóstica**

Em virtude das informações colhidas e da análise feita chegamos a seguinte Hipótese diagnóstica:

Perturbação por uso do álcool. (F10) dependência do álcool.

### **3.3.11. Propostas de Intervenção**



A participação nos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) beneficia muito as pessoas com dependência do álcool, logo propomos a socialização de HJ com um grupo específico, por forma a deixar o uso do álcool, recuperar a confiança e a autoestima e ter uma vida normal com projetos de vida.

É necessário um trabalho faseado, cuidando da reintegração social. O apoio da família é fundamental, pois, é essencial que familiares participem dos programas a serem implementados por forma a compreenderem o problema e a aprenderem a lidar com seus próprios ressentimentos e frustrações, e ajudar assim HJ na demanda pela sobriedade.

Propomos também a terapia comportamental cognitiva.

Recomenda-se que o terapeuta, diante do exposto, estabeleça um compromisso no tratamento de HJ e reforça-lo de diversas formas, identificando e utilizando estratégias de motivação; capacita-lo a estabelecer objetivos para a mudança; Ver o problema como passível de mudança; negociar uma estratégia de mudança, além de estabelecer tarefas que possam ser atingidas.

Recomenda-se os grupos de ajuda-mutua por apresentarem muitas vantagens: compartilhamento de experiências, não se sentir discriminado fazendo com que ele fale livremente dos seus problemas. Ainda há a vantagem de as atitudes normativas do grupo sobre os membros funcionarem como forma de controlo em relação ao dependente do álcool. Isso contribui para o aumento da autoestima e na valorização pessoal, aumentando a motivação para o tratamento.

O terapeuta, face a motivação de HJ no compromisso com o tratamento, pode reforçar esse compromisso de distintas formas, identificando e utilizando as estratégias de motivação, habilita-lo a estabelecer objetivos para a mudança.

## **Reflexão pessoal**

Na avaliação psicológica infantil os pais e os professores são mediadores, pois são fontes importantes de comunicação na avaliação da criança. Um dos objetivos nesse processo de avaliação era entrevistar o professor mas não foi possível dado a sua indisponibilidade.

A criança é um ser sensível que dependendo da forma como acontecem as suas interações poderá ser saudável ou não do ponto de vista emocional e com repercussões de forma integral na sua vida.

A criança cujos pais são pouco ou nada afetuosos, que fazem uso da punição verbal e física geram na criança sentimentos de baixa auto-estima, complexo de inferioridade, tristeza, angustias que podem chegar a depressão infantil com consequências nefastas para a vida da criança tanto a nível da esfera emocional quanto cognitiva e comportamental, com impacto na relação com seus pares.

É importante saber que existem momentos nos quais as crianças podem estar tristes, arrelhadas ou aborrecidas em objeção a vivências circunstanciais. Essas manifestações emocionais não podem ser confundidas com depressão, pois são fisiológicas e passageiras.

A depressão infantil se não for diagnosticada precocemente pode originar alterações de personalidade que são formas de funcionamento menos saudáveis.

Para evitar possíveis sequelas torna-se essencial o seu diagnóstico e tratamento o quanto antes evitando que a criança fique suscetível aos problemas do meio exterior e de não conseguir adaptar-se a novas realidades.

Em relação a dependência do álcool, ela surge de uma interação complexa entre os efeitos fisiológicos da substância psicoativa no cérebro e como o usuário vê a situação.

A dependência alcoólica pode acontecer em qualquer pessoa que consome álcool. A probabilidade da dependência dependerá da combinação dos fatores biológicos, psicológicos ou sociais. As transformações duráveis dão-se pela interação de substâncias psicoativas com seu ambiente.

## CONCLUSÃO

Atendendo aos objetivos que se propôs alcançar com o processo do estágio e levando em ponderação as atividades efetivadas e as aquisições práticas e cognitivas procedidas, considera-se que os resultados obtidos foram satisfatórios, pois cada momento vivido nesse processo traduziu-se em aprendizagens significativas e com impacto promocional a nível da saúde e qualidade de vida dos pacientes com quem estivemos durante esse período.

Não obstante algumas limitações encontradas em alguns momentos do estágio, o que consideramos natural, pois não se consegue nada sem algum sacrifício, consideramos que esse período facultou-nos o crescimento em vários domínios, pois, pudémos associar a teoria aprendida ao longo dos anos de licenciatura, a prática realizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. Psicopatologia infantil (1986), Porto Alegre
- Bellak, L.& Bellak, S. (s/d), C.A.T.-A. Teste de Aperceção Infantil com figuras de animais. São Paulo.
- Campos, D.(2000). O teste do desenho como Instrumento de diagnóstico da personalidade. Editora Vozes. Petrópolis
- Cass, H. (1999). Erva de São João: o antidepressivo natural. Tradução: Renata Cordeiro. São Paulo: Madras
- Clerget, S. (2001). Não estejas triste meu filho. Portugal
- Coll, C. et al. (1995). Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, V. (1995). Educação especial. Programa de estimulação precoce, uma introdução às ideias de Feuerstein. Porto Alegre: Artes Médicas
- Hatton, S.C. (2007). Como lidar com a criança ansiosa ou deprimida. Portugal
- Herzberg, E. & Mattar, A. (2005). Psychological Examination Techniques and Resources Used in the Department of Clinical Psychology of the University of São Paulo
- Jeffrey, A. M. (2003). Depressão infantil. São Paulo: M. Book do Brasil,
- J. Bergeret, (1983). Psicologia patológica.
- Leal, I. (2005). Iniciação às psicoterapias. Lisboa
- Maia, L. (2012). E tudo começa no berço. Um guia para a educação e respeito social. Lisboa
- Mendes, R. (s/d). A criança, o sono e a escola. Coimbra
- Montagna, E. (1989) Análise e interpretação do CAT – Teste De Aperceção Temática Infantil. Editora Epu. São Paulo.
- Schuckit, M. (1991). Abuso de álcool e Drogas. Uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre
- Simões, M. (1986) Métodos de avaliação comportamental em crianças.
- Winnicott, W.B. (1982). A criança e o seu mundo. Editora S.A. Rio de Janeiro

# APÊNDICES

## Apêndice 1- Programa do serviço de saúde mental

**Hospital Dr. Baptista de Sousa**  
 Licenciatura em Psicologia Uni-Mindelo  
 Programa de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde  
 2014/2015  
**Enfermaria: Saúde Mental**

<b>Atividades/Tarefas</b>
Avaliação Psicológica Assitida
Avaliação Psicológica Autónoma
Intervenção sob a Modalidade Breve
Reunião Clínica/Seminários Temáticos
Prática de Supervisão
Outras Atividades

<b>Atividades/Tarefas</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>	<b>5ª</b>	<b>6ª</b>	<b>Horário</b>
Entrevista clínica	✓	✓	✓	✓		9:00h
Reunião comunitária	✓					10:00h
Atividades de T. Ocupacional		✓				10:00h
Reunião c/m Grupo EGRESSO			✓			10:00h
Reunião de Família					✓	10:00h

Orientadora: DRª Teresa Andrade

---

## **Apêndice 2- Programa de serviço de maternidade**

<b>Programa de Intervenção no Serviço de Maternidade</b>			
<b>Horário</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Operacionalização</b>
9:00	1. Visita	1. Empowerment- Fornecer informações sobre a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto. Triagem, Identificar casos que carecem de suporte psicológico, Proceder a uma avaliação psicológica da paciente.	1. Visita as enfermarias nas quais se encontram as pacientes.
9:45	2. Atendimento individual às gestantes e puérperas	2. Propiciar escuta atenta a pacientes	2. Atendimento individual às puérperas. Verificação das necessidades por que passam as parturientes e puérperas em termos de um apoio psicossocial. Trabalhar as suas necessidades.
	3. Atendimento a familiares e Acompanhantes caso houver necessidade.	3. Ceder um panorama de possíveis ocorrências a nível emocional com parturientes/ puérpera e como agir.	3. Atendimento individual ou em grupos de acompanhantes a família das parturientes e puérperas com o objetivo de prestar apoio e orientação.
10:30	4. Preparação para o trabalho de parto	4. Preparar psicologicamente a paciente para enfrentar parto Cesário e normal. Atender de forma integral a parturiente de forma que ela não se sinta desamparada. Fazer o manejo da dor e da ansiedade.	4. Assistência a parturiente no pré e pós- parto. Preparação emocional e psicológica para o momento do parto.  Técnicas a utilizar: -Dessensibilização sistemática -Relaxamento -Agaxamento -Psicoprofilaxia do Parto

10:50	<p>5. Atendimento a díade .</p> <p>5.1. No Serviço da Neonatologia.</p> <p>6. Atendimento a Mãe no caso de óbito.</p>	<p>5. Estimular o vínculo mãe-bebé.</p> <p>5.1. Casos de nascimento de alto risco: Anomalias; Prematuros, etc.</p> <p>6. Favorecer a elaboração do luto prevenindo traumas obstétricos futuros e a instalação do luto patológico.</p>	<p>5. Acompanhamento da parturiente no decorrer do trabalho de parto com mensagens que atenuem a dor e deem suporte emocional.</p> <p>6. promover a despedida do bebé, Trabalhar o desligamento do bebé. Incentivar a mãe a despedir-se do filho morto.</p>
11:10			
11:30			

- Avaliação e Despiste de Psicopatologias do Puerpério.
- As possíveis Psicoses, as Depressões, as Blues.



### **Apêndice 3- Programa do serviço de medicina**

Programa de Intervenção no Serviço de medicina			
Horário	Atividades	Objetivos	Operacionalização
9:11,30	1.Visita	<p>1.Detetar os casos que carecem de apoio psicológico.</p> <p>Facultar suporte emocional a casos de:</p> <p>1.1. Hipertensos</p> <p>1.2. Diabéticos</p> <p>1.3. HIV</p> <p>1.4. Abstinência</p> <p>1.5. Anémicos</p> <p>1.6. Pneumonia</p> <p>1.7. Acidentes vasculares Cerebrais (AVC)</p> <p>1.8. Tuberculose</p> <p>1.9. Infecções respiratórias</p> <p>1.10. Outros</p> <p>2. Proporcionar escuta atenta a pacientes;</p> <p>Prestar suporte emocional aos pacientes;</p>	<p>1.Visita as enfermarias nas quais se encontram os pacientes.</p>
	2. Atendimento individual	<p>Ajudá-los a atenuar ou mesmo erradicar o sofrimento psíquico gerado pela condição da doença orgânica.</p>	<p>2. Atendimento individual aos diferentes casos cama cama.</p> <p>Averiguação das necessidades por que passam os pacientes em termos de um apoio psicossocial.</p> <p>Trabalhar as suas necessidades.</p>

	<p>3. Atendimento a familiares e acompanhantes caso houver necessidade.</p>	<p>3. Ceder um panorama de possíveis ocorrências a nível emocional aos diferentes casos de internamento</p>	<p>3. Atendimento individual ou em grupos de acompanhantes a família dos pacientes com o objetivo de prestar apoio e orientação.</p> <p>Passar mensagens que atenuem a dor e deem suporte emocional.</p>
--	---	---	--

## **Apêndice 4- Uma das atividades realizadas**

### **Serviço de Saúde Mental**

Reunião comunitária realizado a 17 de Novembro de 2014 pelas 10:00h às 10:45h

Teve como participantes (pacientes internados):

- Júlio (quer alta e melhoria das condições de limpeza W.C)
- Elautério (Melhoria das condições do W.C)
- Manuel (sente-se bem, mas quer regressar a casa para estar com a família)
- Antónia (sente-se bem tratada, para ela esta tudo bem)
- Ivan (encontra-se desorganizado)

Iniciou-se com uma dinâmica de apresentação em que cada um dizia o seu nome e algumas características dos seus sapatos.

Júlio apresentou o seu sapato e disse que eram chinelos porque são confortáveis. Elautério apresentou, disse que usava chinelos por causa do calor, porque são mais seguros para andar. Manuel apresentou, usava chinelos porque gostava de chinelos, são azuis da cor do céu. Antónia apresentou, usava chinelos gosta deles, porque são verdes da cor da esperança (tem esperança que tudo vai melhorar). Ivan mostrou-se desorganizado em termos de discurso, pensamento e linguagem (durante toda a reunião).

De forma geral todos se sentem bem neste serviço, suas necessidades básicas estão a ser satisfeitas. A relação dos pacientes com os profissionais do serviço e auxiliares é boa. O senhor Elautério sente-se melhor, no entanto quer regressar a casa como também os outros pacientes, à exceção da Dona Antónia que esta internada aqui no serviço a dois dias. Júlio estava um pouco revoltado, pois lhe disseram que iria ter alta na segunda-feira fato que não ocorreu e disse que, se não lhe derem alta vai fugir, pois já tinha tentado fugir antes. O senhor Manuel apresenta-se sério, calmo e o seu desejo é estar com a família e trabalhar as suas terras. Os pacientes a exceção da Antónia e Ivan encontram-se organizado, com um raciocínio coerente e consciente de si, embora júlio tenha mostrado não estar consciente de si pois pensa que já deveria sair de alta e que os profissionais é que não o deixam, porque deveriam (disse que já estava bem).

A reunião foi finalizada com uma dinâmica em que cada um dizia em uma frase o que é a vida para si. Para Antónia vida é esperança, para senhor Elautério é estar bem, para Júlio vida é mudança, para Manuel é estar com a família cuidar das suas terras e dos seus animais.

Atividade realizada pelas Estagiárias de Psicologia da UM 2014/2015

**Apêndice 5- Seminários temáticos**

<b>Seminários temáticos</b>	
Avaliação psicológica	Psicologia da saúde
Intervenção em crise	Psicologia hospitalar
Psicofármacos	Ansiolíticos
Depressão	A formação do psicólogo
Alcoolismo	Depressão
Entrevista clínica	Análise do Teste de Aperceção temática

**Apêndice 6- Casuística do serviço de saúde mental**

## Casuística do serviço de saúde mental

Nome	Idade	Hipótese Diagnóstica	Conduta psicológica adotada
Sílvia	45	Transtorno de personalidade	Avaliação psicológica/aconselhamento
Taina	8	Depressão infantil	Avaliação psicológica
José	52	Alcoolismo	Avaliação psicológica
António	46	Alcoolismo	Avaliação psicológica
Helder	36	Alcoolismo	Avaliação psicológica / apoio psicológico
Ilza	34	Excitação	Avaliação psicológica
Viturino	38	Alcoolismo	Apoio psicológico/acompanhamento psicológico

## **Apêndice 7- Casuística do serviço de maternidade**

Casuística da maternidade				
Nome	Idade	Motivo de internação	Hipótese Diagnóstica	Conduta psicológica adotada
Anizia	19	Parto prematuro com má formação na face	Ansiedade	Avaliação psicológica. Apoio psicológico
Maria	16	Operação para extração de quisto no ovário	Ansiedade	Apoio psicológico
Inês	15	Gravidez precoce		Apoio psicológico
Rosa	24	Gravidez de risco	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Adalgisa	25	Ameaça de aborto pela 5ª vez	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Liliana	25	Parto induzido devido a pré-eclâmpsia		Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Gilda	31	Gravidez com sangramento	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Nilza	38	Parto prematuro (óbito)	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Maria	37	Parto prematuro (óbito)	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Leila	31	Parto com anomalia intestinal-gastrosquise (óbito)	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ Apoio psicológico
Arlinda	36		Alucinação pós parto	Avaliação psicológica
Maria	32	Aborto	Luto	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Maria F.	32	Aborto	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico
Sueli	28	Aborto	Depressão reativa	Avaliação psicológica/ apoio psicológico

**Apêndice 8-Casuística do serviço de medicina****Casuística- medicina**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Motivo de internação</b>	<b>Hipótese Diagnóstica</b>	<b>Conduta Psicológica adotada</b>
Silvestra	49	Anemia para estudo	Depressão	Avaliação psicológica/ Intervenção psicológica
Irene	68	Tumor na cabeça	Ansiedade	Suporte emocional
Tomás	41	Abstinência	Alcoolismo	Intervenção psicológica
Maria	43	Abstinência	Alcoolismo	Intervenção psicológica
Adérito	54	Diabete	Depressão reativa	Suporte emocional/
Nelson	36	Abstinência	Alcoolismo	Intervenção psicológica
José	50	Diabete		Suporte emocional/
Carlos	27	HIV	Depressão reativa	Intervenção psicológica
Eduardo	59	AVC	Depressão reativa	Suporte emocional
Crisanto	35	Pneumonia		Suporte emocional
Daniel	52	Infeção		Apoio psicológico
Eugénio	82	Diabete		Apoio emocional
Maria	61	Diabete	Ansiedade	Intervenção psicológica
Maria T	57	AVC		Apoio emocional
Dénis	14	Infeção urinária		Apoio psicológico
Mamadu	35	Abstinência		Apoio



				psicológico
Adelino	58	Pneumonia	Depressão reativa	Avaliação psicológica/apoio psicológico
Cátia	29	Diabete	Ansiedade	Suporte emocional



# ANEXOS

## **Anexo 1- O primeiro Desenho**



---

## **Anexo 2- Desenho da família real**



### **Anexo 3- Desenho da família ideal**





## **Anexo 4- Squiggle gráfico**



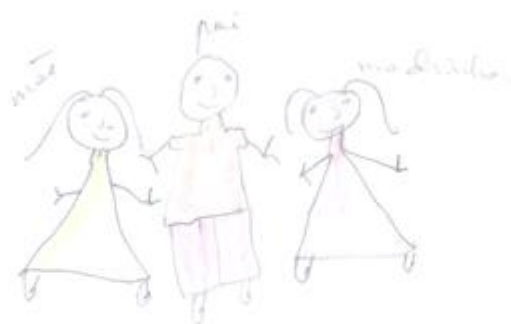
## **Anexo 5- Desenho livre**



- A vaca é pequena.
- A vaca dá leite.
- A vaca tem pele preta e branca.
- A vaca é um animal bonito?

---

## **Anexo 6- Desenho livre**



## **Anexo 7- Desenho livre**





A minha casa tem Escalator.

tem dois quartos e um cor. de banho  
tem uma sala de jantar e uma cozinha  
tem um sala e uma quintal.



## **Anexo 8- Desenho livre**



## Anexo 9- Desenho livre



---

## **Anexo 10- Uma produção escrita de TR**

Eu era uma menina pouco feliz porque eu não tinha nada.

Agora eu <sup>sou</sup> mais feliz.

porque o pai chamou-me <sup>boa</sup> e besta.

Agora o pai trata-me <sup>(se)</sup> bem.

Eu pensava que era feia mas sou bonita.

Eu já sei fazer.

Amanhã tenho uma prova de Língua Portuguesa, vou ter bons resultados.

## **Anexo 11- Desenho livre**





## **Anexo 12- Desenho livre**



**Anexo 13- Respostas ao CAT-A**

Em 23/03/2015

TR 8 anos, 2º ano, Sexo feminino

**Placa I**

**Tempo de latência** (.....) Uma vez uma galinha a comer(...) umas galinhas a comer(....) E(...) um galo grande(...)ficou em cima deles...uma tigela de comida(.....)dois galos estão com colher nas mãos e um não tem colher nas mãos. Uma mesa (...) já não tenho mais nada a dizer.

**Placa II**

Um dia um lobo, três lobos puxaram uma corda, um tem cara triste, dois estão a rir, o outro vai cair (...) dois estão a ganha-lo. Já não é mais.

**Placa III**

Um dia um leão estava sentado em cima de uma cadeira sentado com pernas cruzadas, está com a cara triste, ele tem um pau na cadeira, umas flores no chão. Uma coisa preta (aqui) (...) O mar. Já não é mais.

**Placa IV**

Um dia um canguru e dois filhos seus, um sentado numa bicicleta e outro dentro de sua barriga. Está com um chapéu na cabeça. Está a levar um cesto, tem uma bolsa (.....) uma floresta. Já não é mais.

**Placa V**

Um dia um berço com um bebé e uma cama três janelas e uma lâmpada, uma mesa (.....)o bebe está chorando(.....)Quer a sua mãe. Já não é mais

**Placa VI**

Um dia um tigre (.....)e umas flores. Um tigre grande a dormir, um pano. O filho está fora daquela coisa (.....) A mãe está dentro. E a mãe está a dormir, e o filho está chorando. Acabou.

**Placa VII**

Um leão vai comer um macaco. Aquele macaco saltou e o leão está a rir. Umas flores e umas folhas e três cordas. Estão numa floresta. Aquele leão está a saltar para apanhar o macaco. E uma árvore e umas pedras. Já não é mais.

**Placa VIII**

Quatro macacos, um pequeno com cara triste, outro grande está a falar com ele a rir e outro a falar baixinho. O outro está sentado com pernas cruzadas a tomar café os dois. E espelho um quadro, uma cadeira um banco. Já não é mais.

**Placa IX**

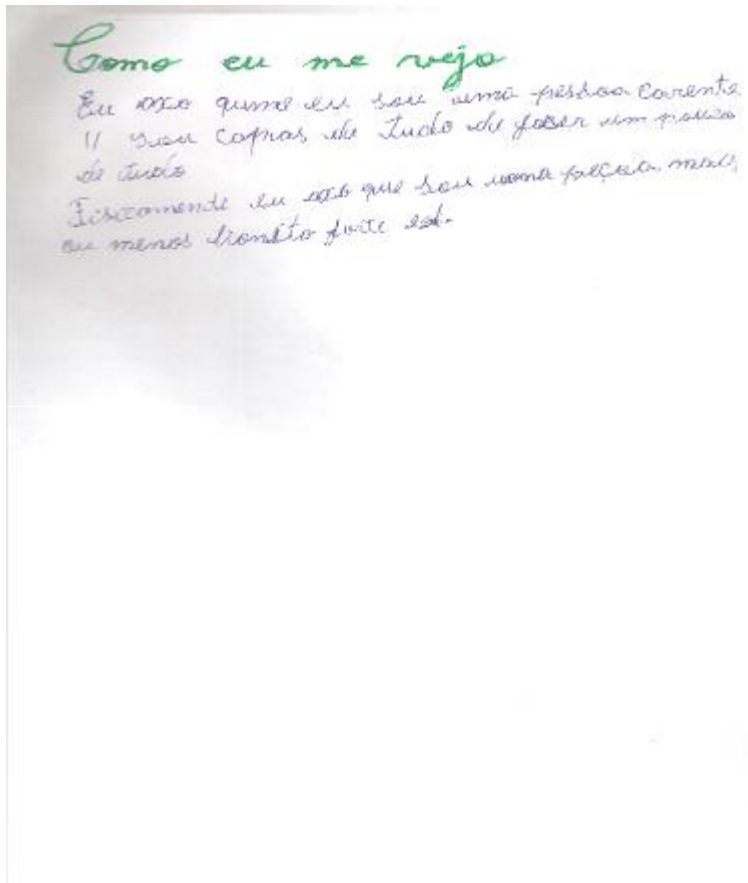
É uma casa, um coelho dentro de um berço. O coelho está a rir. Uma porta está aberta, a porta é grande. Uns livros. Não estou a ver estas coisas aqui bem. Já acabou.

**Placa X**

Um cachorro grande a pegar um cachorro pequeno (.....) Um é filho outro é mãe. O cachorro vai para casa de banho, e a mãe não lhe deixa (.....) Porque ele vai meter-se dentro da sanita para comer pupu. Também vejo uma sanita, uma toalha, um autoclismo. Não é mais.

Gostei mais desta aqui (4), porque um canguru anda de bicicleta e sua mãe e irmão estão a pé

Gostei menos desta aqui (3), porque o lobo está triste sentado numa cadeira.

**Anexo 14 (do caso 2)**

Como eu acho que os outros me  
vêm

uns pensam que é só um preso com  
dificuldade e uns pensam que eu sou capos.

3

Como eu gostaria de ser  
Eu gostaria de ser Leonito Soudaitele Respondeir



Como os outros gostariam que eu  
fosse

outros ~~personas~~ gostariam de ver uma pessoa  
responsável <sup>mãe</sup> ~~bebê~~ bebera

Como eu tenho medo de ser  
Tenho medo de <sup>ser</sup> um bateda drogado e fazer os  
pessoas não me respeitarem

Como eu posso vir a ser realmente

~~eu~~ eu posso vir a ser respeitada trabalhadora  
e melhor posso querer tudo e não ser respeitada  
pela comunidade.

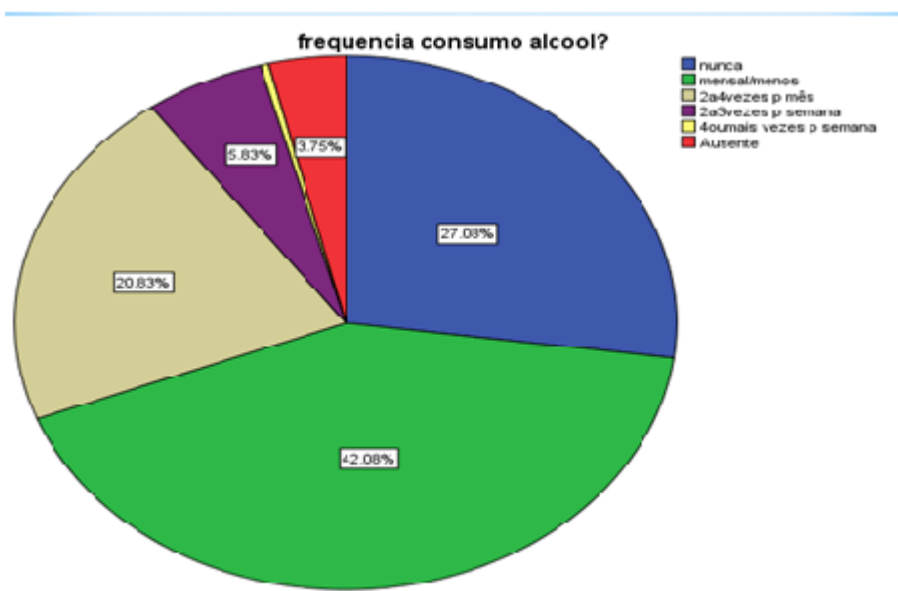
### Anexo 15-Resultados parciais da pesquisa intitulada “o jovem universitario e o beber problemático”

## Resultados da Pesquisa

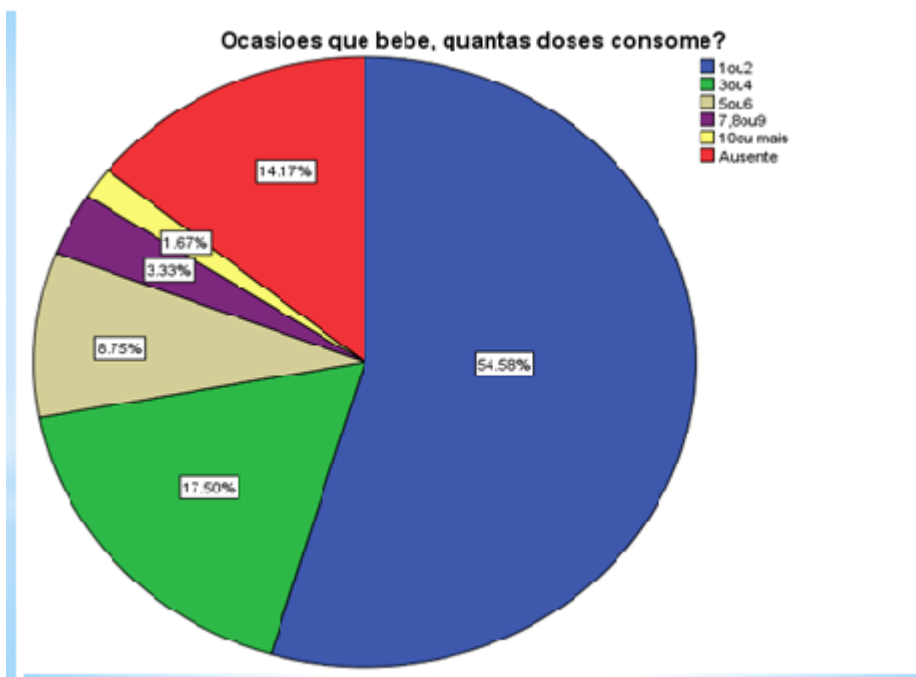
\*O álcool é considerado uma das drogas mas consumidas em Cabo Verde, é também uma das sete primeiras causas da morte no país segundo um artigo publicado no jornal a semana, citado pela INE (2013).

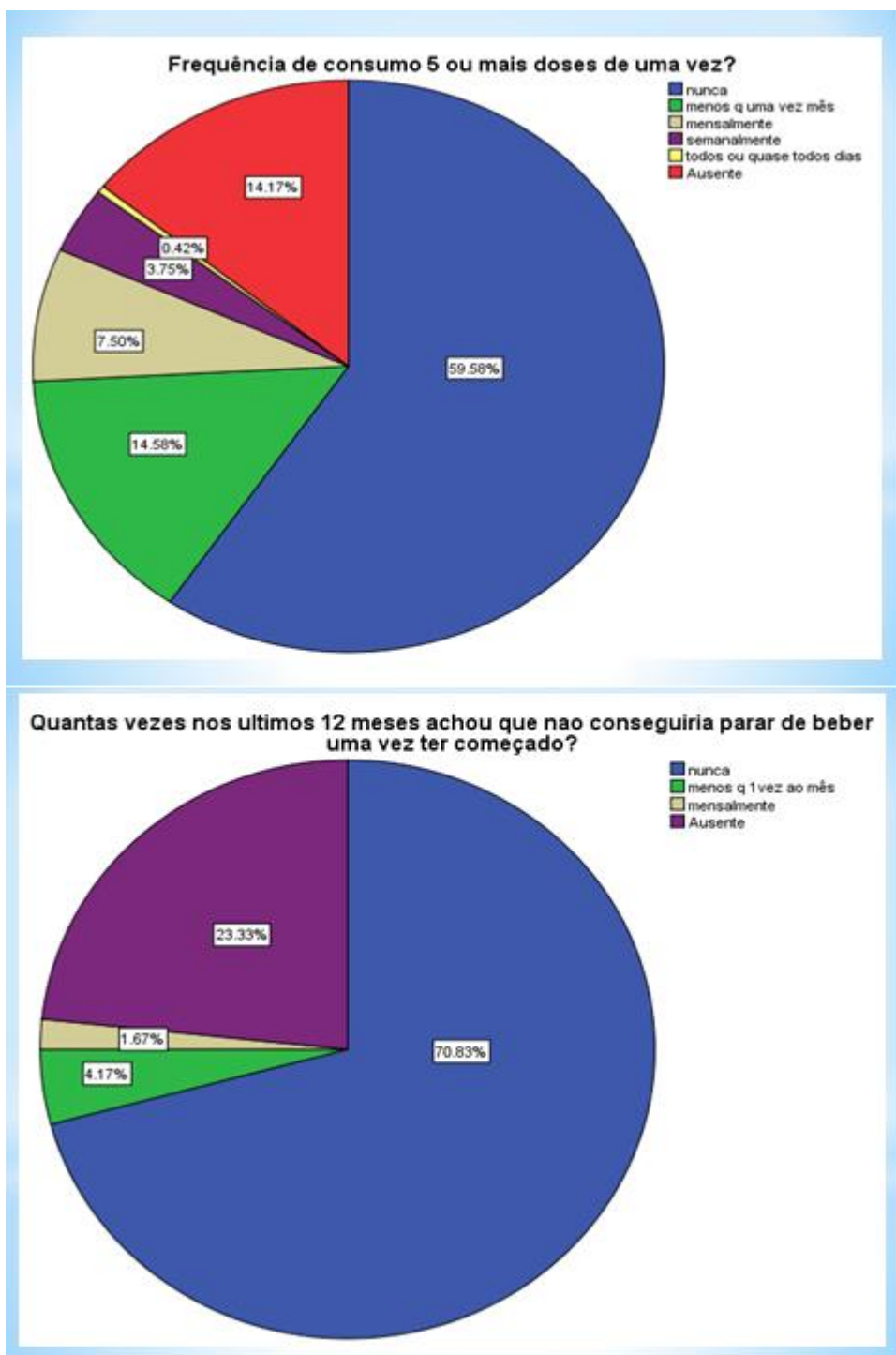
\*As taxas do consumo do álcool são de 64,3% no grupo dos 15-34 anos, aumenta para 68,2% entre 35-44 anos e diminui para 48,5% no grupo dos 55-64 anos.( INE, 2013)

Dados gerais de consumo de  
álcool em Cabo Verde

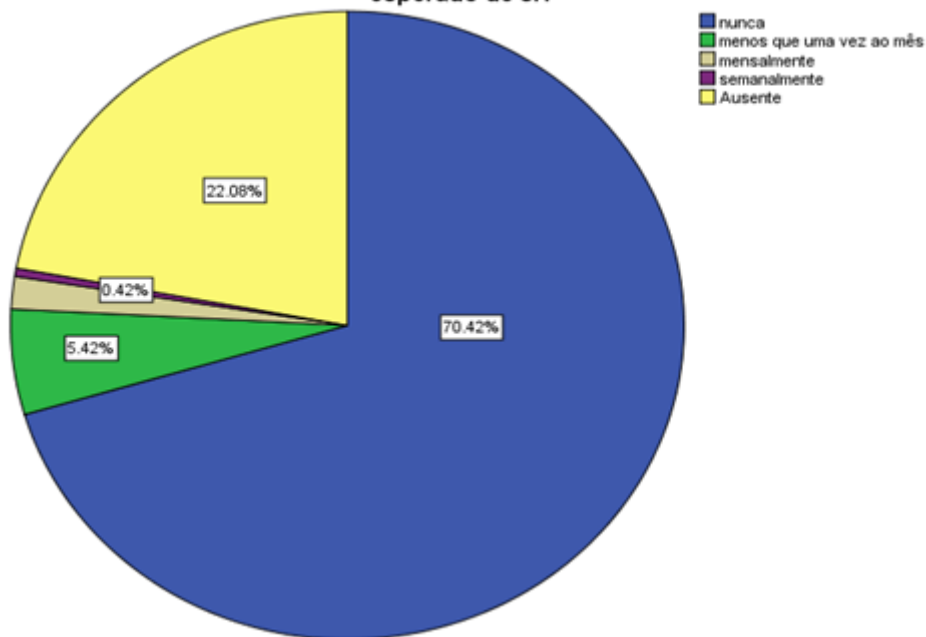


## Resultados da Pesquisa

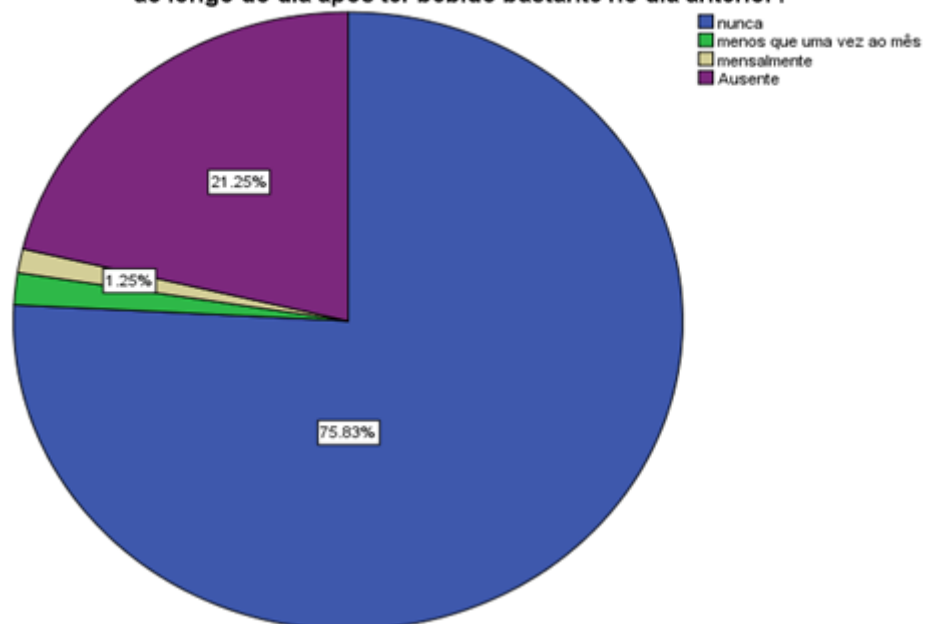




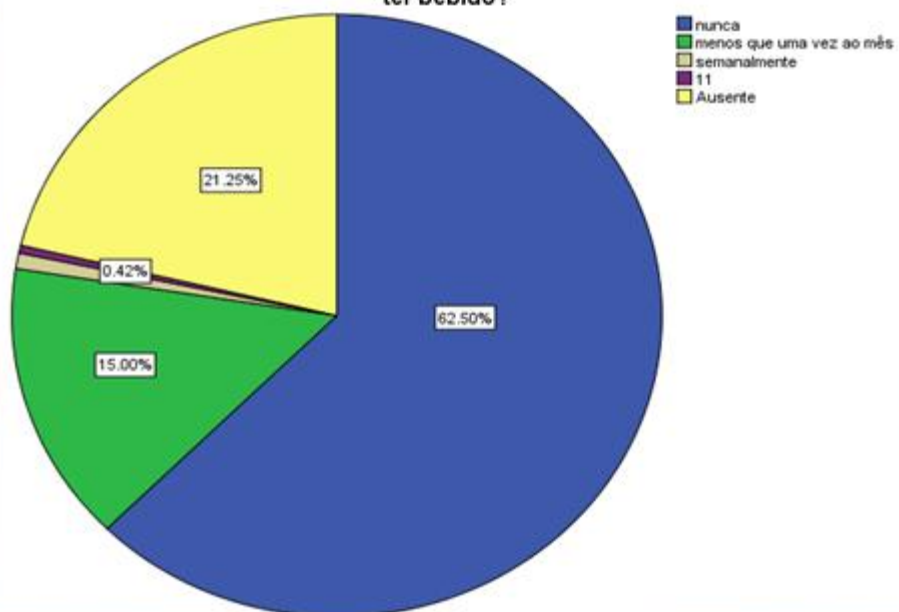
Quantas nos ultimos 12 meses por causa do alcool nao conseguiu fazer o esperado de si?



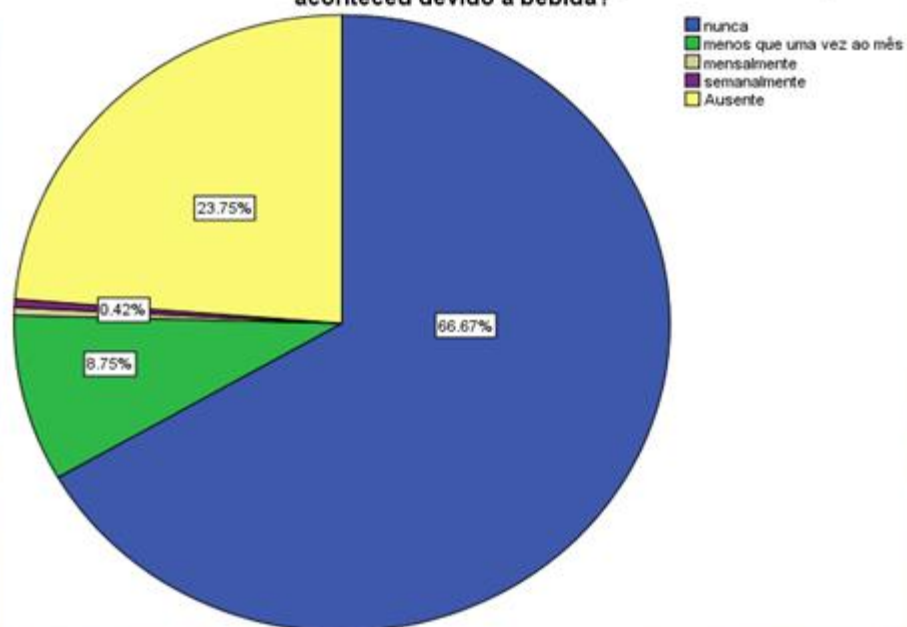
Quantas vezes nos ultimos 12 meses precisou beber de manha para sentir bem ao longo do dia apos ter bebido bastante no dia anterior?



Quantas vezes nos ultimos 12 meses sentiu culpado ou com remorsos depois de ter bebido?

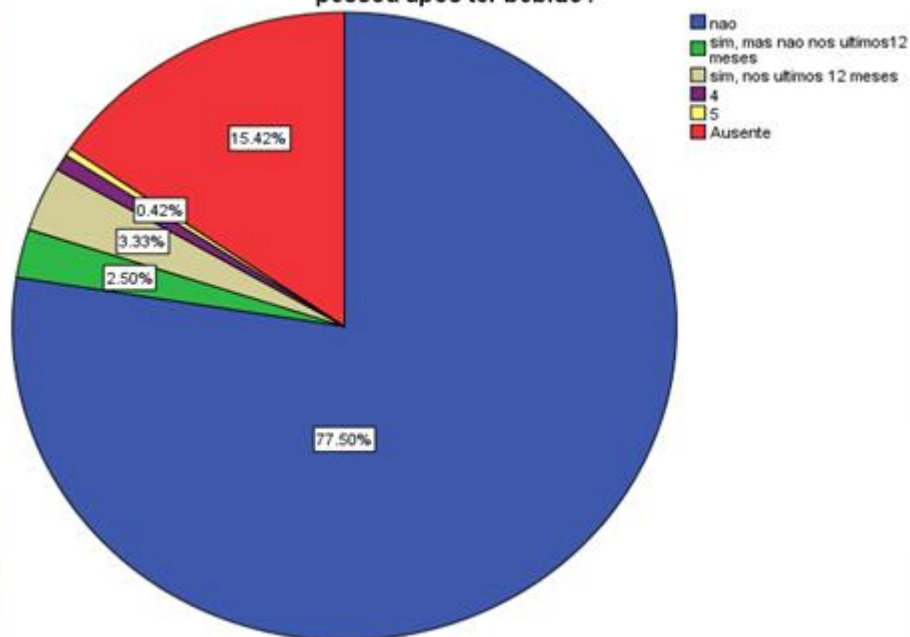


Quantas vezes nos ultimos 12 meses voce foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido a bebida?





**Alguma vez na vida já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou outra pessoa após ter bebido?**



**Alguma vez na vida algum parente, amigo, medico ou outro profissional de saude preocupou com o facto de ter bebido ou sugeriu que parasse?**

